Valiokunnan mietintö TrVM 9/2026 vp– O 41/2023 vp

Tarkastusvaliokunta

Terveydenhuollon toimivuus

JOHDANTO

Vireilletulo

Tarkastusvaliokunta päätti kokouksessaan 12.3.2026 antaa mietinnön valvonta-aiheestaan Terveydenhuollon toimivuus. Tarkastusvaliokunnan tulee perustuslain 90 §:n 1 momentin perusteella saattaa eduskunnan tietoon merkittävät valvontahavaintonsa.

Lausunto

Asiasta on annettu seuraava lausunto:
- sosiaali- ja terveysvaliokunta StVL 2/2026 vp

Asiantuntijat

Valiokunta on kuullut:
- johtava tutkija, tiimipäällikkö Sonja Lumme, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- erityisasiantuntija Taru Haula, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- ylilääkäri Tiina Hetemaa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- erikoistutkija Tuukka Holster, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- johtava tutkija Juha Honkatukia, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- erikoistutkija Marja-Lisa Laukkonen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- johtava tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- tutkija Visa Väisänen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- erityisasiantuntija Tyyne Aaltola, eduskunnan kanslia
- tuloksellisuustarkastusneuvos Taina Rintala, Valtiontalouden tarkastusvirasto
- johtava tuloksellisuustarkastaja Nina Martikka, Valtiontalouden tarkastusvirasto
- juristi Jenni Saukkola, Lapsiasiavaltuutetun toimisto
- vanhusasiavaltuutettu Päivi Topo, Vanhusasiavaltuutetun toimisto
- erityisasiantuntija Vilhelmiina Lehto-Niskala, Vanhusasiavaltuutetun toimisto
- johtava erityisasiantuntija, yksikön päällikkö Laura Pitkänen, valtiovarainministeriö
- lääkintöneuvos Vesa Jormanainen, sosiaali- ja terveysministeriö
- lääkintöneuvos Sanna-Maria Kivivuori, sosiaali- ja terveysministeriö
- lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsä, sosiaali- ja terveysministeriö
- lääkintöneuvos Sari Raassina, sosiaali- ja terveysministeriö
- yksikön päällikkö Hennamari Mikkola, Kansaneläkelaitos

- tutkija Tuomas Nurminen, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT
- neuvotteleva virkamies Päivi Lanttola, Valtion työmarkkinalaitos
- professori Kristiina Patja, Helsingin yliopisto
- apulaisprofessori Paulus Torkki, Helsingin yliopisto
- professori Pekka Mäntyselkä, Itä-Suomen yliopisto
- professori Juha Auvinen, Oulun yliopisto
- professori Tuomas Koskela, Tampereen yliopisto
- professori Päivi Korhonen, Turun yliopisto
- professori Mika Kortelainen, Turun yliopisto
- johtaja Eva Helaskoski, Työterveyslaitos
- johtajaylilääkäri Marjo Numminen, Etelä-Karjalan hyvinvointialue
- vaikuttavuus- ja tietojohtaja Juuso Tamminen, Etelä-Karjalan hyvinvointialue
- hyvinvointialuejohtaja Santeri Seppälä, Etelä-Savon hyvinvointialue
- hallintoylilääkäri Katja Ylitolva, Helsingin kaupunki
- asiantuntijalääkäri Tuula Kock, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy
- asiantuntijalääkäri Kirsti Kähärä, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy
- johtajaylilääkäri Ritva Kanervo, Kainuun hyvinvointialue
- johtajaylilääkäri Kati Kinnunen, Keski-Suomen hyvinvointialue
- sairauksien ehkäisyn ja hoidon johtaja Tuula Saukkonen, Lapin hyvinvointialue
- ylilääkäri Jukka Karjalainen, Pirkanmaan hyvinvointialue
- vt. johtajaylilääkäri Sofia Svartsjö, Pohjanmaan hyvinvointialue
- toimialuejohtaja Susanna Wilén, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue
- toimialajohtaja Tuomo Nieminen, Päijät-Hämeen hyvinvointialue
- johtaja Susanna Laivoranta-Nyman, Varsinais-Suomen hyvinvointialue
- toimitusjohtaja Riitta Huhtala, Botnia Työterveys ry
- johtava työterveyslääkäri Sirkku Martti, Mehiläinen Oy
- tutkimusjohtaja Riikka-Leena Leskelä, Nordic Healthcare Group Oy (NHG)
- erityisasiantuntija Tapani Piha, Pihanet Consulting Oy
- kehitysjohtaja Lasse Parvinen, Pihlajalinna Oyj
- johtava ylilääkäri Jukka Pitkänen, Suomen terveystalo Oyj
- vastaava lääkäri Lauri Nuorva, Terwe Oy
- toimitusjohtaja Annika Saarikko, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö
- tasa-arvo- ja työympäristöpäällikkö Lotta Savinko, Akava ry
- johtava asiantuntija Vesa Rantahalvari, Elinkeinoelämän keskusliitto ry
- edunvalvontajohtaja Hanna-Maija Kause, Hyvinvointiala HALI ry
- erityisasiantuntija Miranna Seppälä, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry
- työmarkkinajuristi Minna Salli, Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT
- asiantuntijalääkäri Riitta Työläjärvi, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry
- juristi Samppa Koskela, STTK ry
- toiminnanjohtaja Janne Aaltonen, Suomen Lääkäriliitto ry
- koulutuspäällikkö Sami Heistaro, Suomen Lääkäriliitto ry
- politiikkatoimialan johtaja Jukka Mattila, Suomen Lääkäriliitto ry
- varapuheenjohtaja Sanja Laitinen-Lindelöf, Suomen opiskelijakuntien liitto — SAMOK ry
- sosiaalipolitiikan asiantuntija Henri Kontkin, Suomen ylioppilaskuntien liitto SYL ry
- johtaja Kirsi Sillanpää, Tehy ry
- johtaja Sari Viinikainen, Tehy ry

- tutkimusprofessori (emeritus) Unto Häkkinen
- tutkimusprofessori (emeritus) Markku Pekurinen

Valiokunta on saanut kirjallisen lausunnon:
- Verohallinto
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Kymenlaakson hyvinvointialue
- Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Pohjois-Savon hyvinvointialue
- Satakunnan hyvinvointialue
- If Vahinkovakuutusyhtiö Oyj, Suomen sivuliike
- Keskinäinen Vakuutusyhtiö Fennia
- Keskinäinen Vakuutusyhtiö LähiTapiola
- Keskinäinen Vakuutusyhtiö Pohjantähti
- Pohjola Vakuutus Oy
- Munuais- ja maksaliitto ry
- Suomen Diabetesliitto ry
- Suomen Reumaliitto ry
- Suomen Sydänliitto ry
- Suomen Yrittäjät ry
- Syöpäjärjestöt
- Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry
- Vanhustyön keskusliitto ry
- VTT, dosentti Jan Klavus
- professori Petri Böckerman, Jyväskylän yliopisto

VALIOKUNNAN PERUSTELUT

Tausta

Valiokunta päätti avata valvonta-aiheen Terveydenhuollon toimivuus (O 41/2023 vp) kokouksessaan 8.11.2023 ja kuuli syysistuntokauden 2023 aikana asiantuntijoita aiheen täsmentämiseksi. Valiokunta päätti kokouksessaan 14.2.2024 käynnistää tutkimuksen aiheesta Kiireettömän avosairaanhoidon järjestäminen. Tutkimuksen tuli kattaa palvelujärjestelmän kaikki sektorit: 1) hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleva perusterveydenhuollon avosairaanhoito, 2) työnantajien osana työterveyshuoltoa järjestämät ei-lakisääteiset avosairaanhoidon palvelut, 3) yksityiset avosairaanhoidon palvelut sekä 4) YTHS:n palvelut.

Valiokunnan tehtävänä on valvoa valtion taloudenhoitoa ja siten varmistaa valtion talousarvion kautta kohdennettavien varojen tarkoituksenmukainen käyttö. Tämän vuoksi valiokunta halusi erityisesti tietää, onko taloudellisten ja henkilöstöresurssien käyttö perustason avosairaanhoidon kokonaisuudessa tarkoituksenmukaista ja tehokasta. Valiokunnan lähtökohtana hankkeen käynnistämisessä olivat sote-uudistuksen tavoitteet vahvistaa perustason terveydenhoitoa ja

hillitä kustannusten kasvua. Tämän vuoksi valiokunta halusi tuottaa tietoa siitä, miten perustason avosairaanhoitoa pitäisi kehittää, jotta hoitoon pääsy terveydenhuollon ammattilaisen käynnille toteutuisi paremmin ja jotta sen myötä erikoissairaanhoidon tarve ja kustannuspaine mahdollisesti vähenisivät pidemmällä aikavälillä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa analyyttinen yhteenveto sekä havaituista ongelmakohdista että järjestelmän hyvin toimivista elementeistä ja ratkaisuehdotuksia järjestelmän toimivuuden parantamiseksi.

Tutkimuksen toteuttajaksi valittiin kilpailutuksen kautta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Valiokunnan tilaama tutkimus Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus (Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2025) julkaistiin 1.10.2025. Tutkimuksessa muodostetaan kokonaiskuva avosairaanhoidon rakenteista, henkilöstöresursseista ja rahoituksesta sekä arvioidaan, kuinka tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti palvelut ja resurssit jakautuvat suhteessa väestön palvelutarpeeseen. Tutkimuksessa tarkastellaan myös rinnakkaisten sektoreiden käyttöä, palvelujen käytön jakautumista alueellisesti, henkilöstöresurssien riittävyyttä ja ammattilaisten työn jakautumista sekä menoja ja rahoitusta monikanavaisessa järjestelmässä. Valiokunnan toimeksiannon mukaisesti tutkimusraportissa esitetään ratkaisuehdotuksia palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Tutkimuksen rajausten ja johtopäätösten kuvaamisen jälkeen mietinnössä käsitellään kunkin sektorin palveluja ja niiden rahoitusta, henkilöstöresurssien riittävyyttä sekä palvelujärjestelmän rinnakkaisten sektoreiden käyttöä ja hoidon tarpeen arvioinnin käytäntöjä. Mietintöön sisältyy myös yhteenveto palvelujärjestelmän rakenteen ja rahoituksen kansainvälisestä vertailusta. Lopuksi esitetään johtopäätökset monikanavaisen palvelujärjestelmän kehittämistarpeesta ja valiokunnan kokoavat johtopäätökset.

Tutkimuksen rajauksista

Avosairaanhoidolla tarkoitetaan terveydenhoitoa, jossa asiakas saa terveydenhuollon ammattilaisen palvelua ilman osasto- tai laitoshoitoa. Valiokunta on ollut kiinnostunut siitä, miten monikanavaista palvelujärjestelmää voitaisiin kehittää, jotta hoitoon pääsy perustason avosairaanhoidossa toteutuisi paremmin. Tämän vuoksi tutkimuksessa on tarkasteltu lääkäreiden ja hoitajien vastaanottoja. Etenkin valiokunnan huoli hoitoon pääsystä lääkärin vastaanotolle vaikutti tutkimuksen suuntaamiseen perustasolle ja rajaamiseen lääkärien ja hoitajien vastaanottoihin. Tässä mietinnössä lääkäreihin ja erikoislääkäreihin viitataan ammattiryhmänä lääkärit, ja sairaanhoitajiin, terveydenhoitajiin ja lähihoitajiin ammattiryhmänä hoitajat. Rajaus näihin ammattiryhmiin merkitsee sitä, että noin kuusi prosenttia avosairaanhoidon hoitotapahtumista on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Näitä hoitotapahtumia tuottavat esimerkiksi fysioterapeutit, psykologit ja psykoterapeutit sekä psykiatriset sairaanhoitajat.

Tutkimuksen pääpainon tuli valiokunnan toimeksiannon mukaan olla perustason avosairaanhoidossa siten, että hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän järjestämä erikoissairaanhoito rajataan tutkimuksen ulkopuolelle. Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa perustason avosairaanhoidolla tarkoitetaan sellaisia lääkäreiden ja hoitajien läsnä- ja etäpalveluja, joiden piiriin ihminen voi hakeutua ilman lähetettä, pois lukien päivystyspalvelut. Lisäksi tähän lasketaan kuuluviksi palvelut, joissa lähetekäytännöt ovat palveluntuottajan sisäisiä, kuten työterveyshuollossa työterveyslääkärin lähete erikoislääkärikonsultaatioon, ja

joihin ei sisälly leikkaussaliolosuhteita vaativia toimenpiteitä. Tutkimukseen on sisällytetty yksityissektorilla tuotetut erikoislääkärikäynnit sekä työterveyshuollon erikoislääkärikonsultaatiot, mutta ei erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä. Tätä perustellaan tutkimusraportissa kahdella tavalla. Ensinnäkin julkisessa perusterveydenhuollossa yleislääkäreiden toimenkuva on laaja ja siihen sisältyy myös sellaista toimintaa, jota työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla usein hoitavat erikoislääkärit. Toiseksi julkisessa terveydenhuollossa lähetteet arvioidaan erikoissairaanhoidossa. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa erikoislääkäripalvelut ovat julkiseen sektoriin verrattuna joustavammin käytettävissä ja kiinteämmin osana perustason palvelukokonaisuutta. Erikoislääkärikonsultaatiot kuuluvat usein työterveyshuoltosopimukseen lähettävän lääkärin tekemän arvion perusteella ja ne myös usein tuotetaan samassa organisaatiossa.

Julkinen perusterveydenhuolto sisältää avosairaanhoidon ohella muun muassa suun terveydenhuollon, neuvolatyön, kouluterveydenhuollon, mielenterveystyön ja seulonnat. Kilpailutusvaiheessa tehty rajaus avosairaanhoitoon rajasi siten merkittävästi julkisen perusterveydenhuollon tarkastelua ja vaikutti sitä kautta myös muiden sektoreiden tarkasteluun. Täysin vertailukelpoista tietoa on kuitenkin vaikea tuottaa eri sektoreiden palveluiden erojen vuoksi. Eri sektoreiden vertailukelpoisuuden parantamiseksi tarkastelusta rajattiin pois opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa tuotetut julkisen mielenterveystyön palveluita vastaavat palvelut eli esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien tai työpsykologien vastaanotot. Muilta osin mielenterveysperustaisia vastaanottokäyntejä ei ole rajattu pois, vaan lääkäreiden ja hoitajien hoitotapahtumat ovat mukana käyntisyystä riippumatta.

Tutkimuksen toteutusvaiheessa tutkijat havaitsivat, että aineistoon liittyvien rajoitusten vuoksi kaikkia valiokunnan kilpailutusvaiheessa määrittelemiä rajauksia ei voida noudattaa. Eroja alkuperäiseen rajaukseen syntyi kolmessa kohdassa. Ensinnäkin tarkoitus oli, että tutkimus koskisi vain kiireetöntä avosairaanhoitoa. Kiireellisyysjaottelu on kuitenkin käytössä vain julkisella sektorilla, joten tutkimuksessa ei ollut mielekästä rajautua kiireettömän avosairaanhoidon tarkasteluun. Tästä johtuen julkiselta sektorilta ovat mukana sekä kiireetön että kiireellinen hoito, mutta eivät päivystykselliset käynnit. Toiseksi, hankkeen kilpailutusvaiheessa oli tarkoituksena, että opiskeluterveydenhuollosta tarkasteltaisiin vain YTHS:n tuottamia korkeakouluopiskelijoiden palveluja. Tämä ei kuitenkaan ollut käytännössä mahdollista, kun rekisteritietojen yhdistämisen myötä tietosuojasyyt edellyttivät opiskeluterveydenhuollon tarkastelua kokonaisuutena. Tämä rajoite tarkoittaa käytännössä sitä, että opiskeluterveydenhuoltoa on jouduttu tarkastelemaan kokonaisuutena, joka sisältää YTHS:n tuottamat korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut ja hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin tuottamat toisen asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut.

Kolmas aineistojen saatavuuteen liittyvä rajaus koskee työterveyshuoltoa. Hankkeen kilpailutusvaiheessa oli tarkoituksena, että työterveyshuollosta tarkasteltaisiin vain vapaaehtoista työterveyshuoltoa eli työnantajien osana työterveyshuoltoa järjestämiä ei-lakisääteisiä sairaanhoitopalveluja. Aineistojen määrittelyvaiheessa tutkijat kuitenkin sisällyttivät tarkasteluun työterveyshuollon kokonaisuudessaan. Tämä ratkaisu perustuu siihen, että työterveyshuollon käynnit voivat sisältää piirteitä sekä ehkäisevästä että sairaanhoidollisesta työterveyshuollosta, mutta kirjaamisessa on mahdollisuus valita näistä vain toinen. Oksasen ym.

(2024) toteuttaman kyselytutkimuksen mukaan lääkäreiden välillä on suurta hajontaa siinä, kumpaan työterveyshuollon luokkaan työkykyyn liittyviä potilastapauksia kirjataan, koska työkyvyn selvitys, arviointi, tuki ja seuranta ovat useimmissa tapauksissa sekä ehkäisevää työterveyshuoltoa että työterveyspainotteista sairaanhoitoa (Työkykyyn liittyvien käyntien luokittelussa vaihtelua. Lääkärilehti 2.10.2024). THL:n mukaan millään sektorilla ei ole mahdollista yksiselitteisesti erotella kaikkea ennaltaehkäisevää hoitoa sairaanhoidosta. Tutkimuksessa käytettyyn aineistoon sisältyy siten myös julkisen sektorin osalta ennaltaehkäisevää työtä.

Tutkimuksessa tarkastellaan palvelujen käyttöä vuosina 2021—2023. Ajallinen rajaus näihin vuosiin johtuu siitä, että avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) tiedot eri sektoreilta ovat luotettavalla tasolla vasta vuodesta 2021 alkaen. Vuosi 2023 oli tuorein vuosi, jonka tiedot olivat käytettävissä, kun tutkimuksen aineisto määriteltiin syksyllä 2024. Tutkimusaineistoon perustuvat analyysit toteutettiin keväällä 2025. Osa analyyseista perustuu koko ajanjakson 2021—2023 tietoihin, mutta valtaosa kuitenkin vain tuoreimpiin vuoden 2023 tietoihin. Analyysit, joissa on käytetty itse koetun terveydentilan tietoja TerveSuomi-tutkimuksesta, kohdistuvat vuoteen 2022.

Asiantuntijoiden tavoin valiokunta tuo esiin, että sekä valiokunnan toimeksiannosta että aineistojen saatavuudesta johtuvat rajaukset luonnollisesti vaikuttavat tutkimuksen johtopäätöksiin.

Valiokunnan tilaaman tutkimuksen johtopäätökset

Valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajautunut niin rahoituksen, tuotannon kuin käytönkin osalta. Yksilötasolla hajanaisuus johtaa rinnakkaiseen sektorien käyttöön, mikä puolestaan voi vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja heikentää paljon palveluja tarvitsevien hoidon laatua. Järjestelmätasolla hajanaisuus hankaloittaa tai jopa kokonaan estää resurssien kohdentamisen tarpeenmukaisesti ja vaikuttavasti. Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus puolestaan heikentää järjestelmän läpinäkyvyyttä ja vaikeuttaa sen ymmärrettävyyttä. Lisäksi päällekkäiset vakuutus- ja asiakasmaksut sekä moninkertainen hallinto tekevät järjestelmästä epätarkoituksenmukaisen. Eri lähteistä kerätty rahoitus jaetaan neljään osajärjestelmään erilaisia periaatteita noudattaen.

Suomessa käytettiin vuonna 2023 yhteensä noin 3,7 miljardia euroa tutkimuksen rajausten mukaisiin julkisen ja yksityisen sektorin avosairaanhoidon palveluihin, työterveyshuoltoon ja opiskeluterveydenhuoltoon. Tästä kokonaisuudesta valtion suora rahoitusosuus oli noin 2 miljardia euroa (noin 55 prosenttia) ja Kelan kautta kanavoitu rahoitus noin 571 miljoonaa euroa (noin 15 prosenttia). Työnantajien rahoitusosuus oli seuraavaksi suurin, lähes 570 miljoonaa euroa (noin 15 prosenttia). Yksityisistä vakuutuksista rahoitettiin lähes 390 milj. euroa (noin 10 prosenttia) ja kotitalouksien suora maksuosuus oli noin 149 miljoonaa euroa (neljä prosenttia). Jäljempänä tässä mietinnössä käsitellään neljän avosairaanhoidon sektorin rahoitusta erikseen.

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa verrattiin palvelujen tarvetta ja palvelujen käyttöä ja havaittiin, että pelkästään julkisen sektorin varassa olevat käyttävät palveluja vähiten suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen, kun taas paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat

henkilöt käyttävät palveluja enemmän suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen. Erityisesti yksityisen ja työterveyshuollon käytön yhdistelmään sekä vähintään kolmen sektorin käyttöön liittyi selvästi suurempaa palvelujen käyttöä kuin sairastavuus antaisi olettaa. Tutkimuksen mukaan havainnot viittaavat siihen, että palvelujärjestelmän resurssit eivät kohdennu tarpeen mukaisesti. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että järjestelmässä on merkittävää tehottomuutta, koska palvelutarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa. Havainnot kertovat myös siitä, että järjestelmän rakenteet mahdollistavat osaoptimoinnin. Monikanavaiseen järjestelmään sisältyykin riski, että eri toimijat pyrkivät siirtämään kustannuksia toisilleen tai tarjoavat palveluja tarpeeseen nähden joko liikaa tai liian vähän riippuen esimerkiksi potilaan maksukyvystä tai vakuutuksen tasosta.

Työterveyshuollon osalta tutkimuksen tulokset osoittavat, että työnantajien vapaaehtoisesti järjestämät työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut eivät kata työssäkäyvän väestön perustason avosairaanhoidon tarpeita kokonaisvaltaisesti. Erityisesti paljon palveluja käyttävien ihmisten hoito sirpaloituu eri sektoreille. Työterveyshuoltosopimusten kattavuus vaihtelee työnantajittain, mikä vaikeuttaa hoidon koordinointia. Lisäksi palkansaajat ovat eriarvoisessa asemassa keskenään, koska he maksavat samansuuruista sairausvakuutuksen päivärahamaksua riippumatta heidän käytettävissään olevien työterveyshuollon palveluiden laajuudesta. Myös työnantajien maksuprosentti työtulovakuutuksen kautta on vakio riippumatta työterveyshuollon laajuudesta.

Tutkimuksen perusteella julkisen sektorin käyttäjäkunnassa painottuvat ennen kaikkea eläkeikäinen väestönosa ja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ihmiset. Lapsilla palvelujen käyttö jakautui melko tasan julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Julkinen terveydenhuolto oli kaikissa ikäryhmissä sitä merkittävämmässä roolissa, mitä sairaampi henkilö oli. Monikanavaisesta palvelurakenteesta hyötyvät etenkin nuoremmat ja terveemmät, kun taas järjestelmän ongelmista kärsivät ne, joiden palvelutarve on suurin ja maksukyky heikoin. Julkinen sektori on keskeinen erityisesti haavoittuvien ryhmien hoidossa, mutta julkisen perusterveydenhuollon saatavuusongelmat heikentävät palvelujen käytön yhdenvertaisuutta.

Tutkimuksessa tarkastellaan myös ammattilaisten työpanoksen jakautumista eri sektoreilla ja tulosten mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa eri sektoreilla on suuria eroja. Työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla lääkärit tuottavat yli puolet hoitotapahtumista, kun taas julkisella sektorilla ja opiskeluterveydenhuollossa isomman osuuden tuottavat hoitajat. Julkisella sektorilla on jo pitkään toteutettu työnjaon uudistuksia, joissa hoitajien rooli vastaanottotoiminnassa on kasvanut samalla, kun lääkäreiden työnkuvassa ovat korostuneet hoitajille annettavat konsultaatiot. Tutkimuksessa arvioidaan, että yksityisellä ja työterveyshuollon sektorilla lääkärit tekevät paljon myös sellaisia tehtäviä, jotka voitaisiin hoitaa muiden ammattilaisten toimesta. Tämä voi johtaa resurssien tehottomaan käyttöön. Johtopäätöksenä on, että lääkäri- ja hoitajaresurssin työnjaossa on kehitettävää kaikilla sektoreilla. Tutkimuksen mukaan etenkään lääkäreiden työpanos ei jakaudu tarpeen mukaisesti, mikä heikentää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta.

Tutkimuksen kokoava johtopäätös on, että Suomessa tulisi asteittain uudistaa perustason avosairaanhoidon järjestelmää siten, että se mahdollistaisi resurssien vaikuttavan, tehokkaan ja oikeudenmukaisen kohdentumisen koko väestön hyväksi. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että Suomen monikanavaisen palvelujärjestelmän toiminnassa on tehokkuuden

ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta paljon kehitettävää. Tutkijat esittävät tutkimusraportissa kaikkiaan 26 suositusta, joista suurin osa kohdistuu jonkin asian lisäselvittämiseen. Suositukset liittyvät muun muassa yhteistyön kehittämiseen eri sektorien välillä, työnjaon ja ohjauksen uudistamiseen, julkisen perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja työterveyshuollon toiminnan tarkempaan selvittämiseen. Tutkimusraportissa todetaan, että järjestelmän kehittäminen vaatisi julkisen sektorin vahvistamista sekä useita muutoksia kaikkien sektoreiden työnjakoon ja ohjaukseen. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että perustason avosairaanhoidon kehittäminen yhdenvertaiseksi, tehokkaaksi ja vaikuttavaksi edellyttää järjestelmän kokonaisuudistusta.

Valiokunta on kuullut laajasti asiantuntijoita tilaamastaan tutkimuksesta sekä palvelujärjestelmän kehittämiskohteista. Asiantuntijat pitävät tutkimusaihetta tärkeänä ja toteutettua analyysia laajana ja monilta osin ansiokkaana. Valiokunnan tilaama tutkimus on asiantuntijoiden mukaan toteutettu parhailla saatavilla olevilla aineistoilla. Kyseessä on ensimmäinen koko maan ja koko väestön kattava avosairaanhoidon järjestelmän rekisteritietoihin perustuva tarkastelu. Aiemmin tietopohja avosairaanhoidon käynneistä ei ole ollut riittävän kattava kaikilla sektoreilla, joten sektoreiden rinnakkaista käyttöä on kyetty tarkastelemaan ensimmäisen kerran valtakunnallisesti.

Valiokunnan saamien lausuntojen pohjalta voidaan todeta, että suurin osa asiantuntijoista yhtyy tutkimuksen johtopäätöksiin. Asiantuntijat ovat kuitenkin myös sitä mieltä, että johtopäätöksissä esiin nostetut ongelmat ovat olleet jo pitkään niin ministeriöiden kuin palveluista vastaavien järjestäjä- ja tuottajatahojen tiedossa. Tutkimusraportissa esitetyistä suosituksista osa on asiantuntijoiden mukaan sellaisia, että niitä jo tällä hetkellä toteutetaan hyvinvointialueilla kuten hallitusohjelman mukainen Hyvän työn ohjelma.

Julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoito

Perusterveydenhuollon avosairaanhoitoa järjestävät hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki, joilla on järjestämisvastuu asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Vuoden 2022 loppuun asti järjestämisvastuu oli kunnilla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus katetaan pääosin valtion verotuloilla ja kohdennetaan alueille laskennallisilla valtionosuuksilla, joiden määräytymistekijöistä on säädetty laissa hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021). Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki voivat periä järjestämiensä palvelujen käytöstä asiakas- ja käyttömaksuja korkeintaan laissa säädettyjen enimmäismaksujen verran (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen kustannukset olivat valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan vuonna 2023 yhteensä noin 2,1 miljardia euroa. Tästä valtion rahoitus oli noin 2 miljardia euroa (97,3 prosenttia) ja kotitalouksien maksuosuus asiakasmaksuina noin 50 miljoonaa euroa (2,4 prosenttia). Loput 0,3 prosenttia rahoituksesta olivat korvauksia vakuutusyhtiöiltä. Julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoito on siis vahvasti verorahoitteinen.

Julkisen sektorin palvelut ovat tutkimusraportin mukaan todennäköisesti alimitoitettuja koko väestön tarpeeseen nähden sen vuoksi, että osa väestöstä voi käyttää useita sektoreita. Yksityisen sektorin ja työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut voivat vastata kysyntään markkinaehtoisesti,

kun taas julkinen sektori pyrkii rajoittamaan palvelujen käyttöä. Tutkimusraportin mukaan erityisesti pienituloiset ja sairaammat väestöryhmät kärsivät tästä rakenteellisesta epätasapainosta, koska palvelujen saatavuus on heikointa julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa.

Valiokunta yhtyy tilaamansa tutkimuksen sekä kuulemiensa asiantuntijoiden näkemykseen siitä, että yhdenvertaisuuden parantaminen ja heikoimmista huolehtiminen edellyttävät julkisen perusterveydenhuollon vahvistamista. Samanaikaisesti valiokunta toteaa, että yksityisen sektorin ja työterveyshuollon sekä YTHS:n sairaanhoitopalvelut osaltaan vähentävät julkisen perusterveydenhuollon palveluihin kohdistuvaa painetta. Valiokunta pitää sosiaali- ja terveysvaliokunnan tavoin (StVL 2/2026 vp) perusterveydenhuollon vahvistamisen kannalta tärkeänä hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämistä siten, että se vastaa palvelutarpeeseen ja on oikeudenmukainen hyvinvointialueiden kesken. Hyvinvointialueiden taloudessa tapahtunut eriytyminen voi johtaa eriytymiseen myös palvelujen saatavuudessa. Valiokunta pitää hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämisessä tärkeänä myös sitä, että se kannustaa alueita uudistamaan ja kehittämään toimintaansa.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoitoa käytti tarkastelujaksolla 2021—2023 noin 4,5 miljoonaa henkilöä eli valtaosa väestöstä (78 prosenttia). Valiokunta kiinnittää huomiota siihen, että alueet ovat erilaisia sen suhteen, kuinka suuri osa alueella toteutuneista lääkärikäynneistä on julkisen sektorin käyntejä. Valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan Etelä-Pohjanmaalla 55 prosenttia läsnä asioinneista lääkärin vastaanotolla oli julkisen sektorin käyntejä, kun Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella vastaava osuus oli vain 28 prosenttia. Etäasioinneissa vaihtelu on vielä suurempaa: Kainuussa 65 prosenttia etäasioinneista lääkärin vastaanotolla oli julkisen sektorin käyntejä, kun Pohjois-Pohjanmaalla vastaava osuus oli vain 17 prosenttia. Helsingin kaupungissa julkisen sektorin osuus lääkärikäynneistä on hyvinvointialueita pienempi, mutta etenkin etäkäyntien lukuihin vaikuttaa se, että isot yksityiset palveluntuottajat tuottavat etäkäyntejä eri alueille, mutta ammattilaisen sijainti määrittyi tutkimuksessa päätoimipaikan sijaintitiedon mukaan Helsinkiin.

Valiokunta korostaa hyvinvointialueiden muodostamisen yhteydessä asetettua tavoitetta parantaa palvelujen saatavuutta erityisesti perustasolla. Kuten sosiaali- ja terveysvaliokunta on todennut, heikko saatavuus perustasolla muun muassa ruuhkauttaa päivystyspalvelujen käyttöä, vaikeuttaa kroonisten sairauksien hallintaa ja voi kasvattaa erikoissairaanhoidon kuormitusta ja kustannuksia (StVL 2/2026 vp). Valiokunta toteaa, että kustannusten hillinnän näkökulmasta on myös tärkeää painottaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä läpileikkaavasti koko perusterveydenhuollossa kuin myös kustannustietoisuutta ja kustannusten läpinäkyvyyttä. Valiokunta korostaa, että hyvinvointialueilla tehtävä uudistus- ja kehitystyö on kustannusten hillinnän ja palveluiden turvaamisen näkökulmasta avainasemassa.

Omalääkärimalli

Julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuuden parantaminen on keskeinen keino vahvistaa julkista perusterveydenhuoltoa. Valiokunnan asiantuntijakuulemisen perusteella vallitsee yksimielisyys siitä, että omalääkärimallin käyttöönotto on paras tapa parantaa julkisen sektorin lääkäripalvelujen jatkuvuutta ja saatavuutta. Omalääkärimalli tarkoittaa toimintatapaa, jossa

olennaisinta on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus ja jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Asiantuntijoiden mukaan omalääkärijärjestelmän hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö. Kun potilaan hoito on saman yleislääkärin vastuulla, hoidon laatu ja potilastyytyväisyys paranevat ja pidemmällä aikavälillä hoidon jatkuvuus vähentää sairastavuutta ja kuolleisuutta ja myös terveydenhuollon kustannukset pienenevät. Omalääkärimalli on laajasti käytössä Euroopassa ja asiantuntijoiden mukaan hoidon jatkuvuus ja saatavuus on omalääkäriä soveltavissa maissa huomattavasti paremmalla tasolla kuin Suomessa.

Hyvinvointialueet ovat vaihtelevasti ottaneet käyttöön erilaisia hoidon jatkuvuusmalleja. Valiokunta pitää hyvänä sitä, että hallitus on käynnistänyt vuonna 2025 omalääkäriohjelman, joka tukee hyvinvointialueita hoidon jatkuvuusmallien kehittämisessä ja käyttöönotossa. Valiokunta pitää omalääkärimallia keskeisenä keinona parantaa perustason avosairaanhoidon saatavuutta, jatkuvuutta ja yhdenvertaisuutta. Valiokunta yhtyy sosiaali- ja terveysvaliokunnan näkemykseen siitä, että yhdenvertaisuuden turvaamiseksi on tarvetta luoda omalääkäreihin perustuva sekä alueellisesti että väestöryhmittäin kattava toimintamalli (StVL 2/2026 vp). Väestöryhmien välinen sekä alueellinen yhdenvertaisuus paranee mallissa, jossa jokaiselle turvataan sisällöllisesti yhdenmukaisilla palveluilla pääsy omalääkärille. Valiokunta korostaa, että omalääkärijärjestelmä voi toimia hyvin vain, jos yhden lääkärin vastuulla olevien potilaiden määrä ei muodostu liian suureksi. Suomen julkisessa perusterveydenhuollossa hoitajien rooli on merkittävä. Valiokunnan mielestä onkin tärkeää edistää mallia, jossa omahoitaja toimii omalääkärin työparina.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on jo aiemmin edellyttänyt, että hoitosuhteen jatkuvuutta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa vahvistetaan ottamalla käyttöön omalääkärimalli (StVM 25/2024 vp). Tarkastusvaliokunnalle antamassaan lausunnossa (StVL 2/2026 vp) sosiaali- ja terveysvaliokunta painottaa, että jatkossa tulee kiireellisesti arvioida, millaista normiohjausta ja kehittämistukea tarvitaan omalääkäreihin perustuvan toimintamallin kansalliseksi toteuttamiseksi sekä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi. Valiokunta yhtyy edellä esitettyyn ja toteaa, että omalääkärimallia voidaan toteuttaa sekä virkalääkäreihin että ammatinharjoittajiin perustuvalla toimintamallilla. Valiokunnan kuulemat asiantuntijat nostavat esille, että lääkäreiden taloudellisiin kannusteisiin pitäisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, jotta omalääkärinä työskentely olisi houkuttelevaa. Optimistisimmissa arvioissa nähdään, että omalääkärimallin myötä yksityiseltä sektorilta siirtyy kokeneita yleislääkäreitä ja yleislääketieteen erikoislääkäreitä omalääkäreiksi, jolloin julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuus paranee ja vähitellen tarve työnantajien järjestämälle sairaanhoidolle ja yksityisille yleislääkärikäynneille vähenee.

Yksityiset avosairaanhoidon palvelut

Kaikki Suomessa vakituisesti oleskelevat ovat oikeutettuja Kelan kautta maksettaviin sairausvakuutuskorvauksiin yksityisten avosairaanhoidon palvelujen käytöstä sairausvakuutuslaissa (1224/2004) tarkemmin määritellyllä tavalla. Valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan yksityistä avosairaanhoitoa käytti tarkastelujaksolla 2021—2023 noin 2,5 miljoonaa henkilöä. Kela myöntää korvaukset palveluja käyttäneille valtioneuvoston asetuksessa säädettyjen korvaustaksojen mukaisesti hallinnoimansa sairausvakuutusrahaston

sairaanhoitovakuutuksesta, josta maksetaan lääkärinpalkkioiden lisäksi esimerkiksi lääkekorvauksia, kuntoutuspalveluja ja matkakorvauksia. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutuksen menoista pääsääntöisesti 51,4 prosenttia ja vakuutetut 48,6 prosenttia. Vakuutettuja ovat palkansaajat, yrittäjät sekä eläke- ja etuudensaajat, joilta maksu peritään suoraan tuloista tiettynä prosenttiosuutena.

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa tarkastellaan avosairaanhoidon yleislääkäri- ja erikoislääkärikäyntejä, pois lukien suun terveydenhuolto ja kuntoutus. Näin rajatun yksityisen avosairaanhoidon menot vuonna 2023 olivat 535,6 miljoonaa euroa. Valtaosa kustannuksista muodostui erikoislääkärikäynneistä. Kelan korvaukset kattoivat kustannuksista 12 prosenttia (64,4 milj. euroa). Loppuosa kustannuksista jakautui vakuutusyhtiöiden ja kotitalouksien välille. Osittain arvionvaraisten laskelmien perusteella vakuutusyhtiöiden maksamien korvausten osuus yksityisen avosairaanhoidon menoista oli 71,5 prosenttia (383 miljoonaa euroa), kun mukana ovat sekä sairauden että tapaturman vuoksi maksetut korvaukset. Näin ollen kotitalouksien maksettavaksi jäi noin 88 miljoonaa euroa (16,5 prosenttia). Tämän lisäksi kotitaloudet maksavat yksityisille vakuutusyhtiöille vakuutusmaksuja ja osallistuvat Kela-korvausten rahoitukseen.

Merkittävä osa yksityisen avosairaanhoidon käytöstä rahoitetaan vakuutuksilla. Vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus oli noin 1,3 miljoonalla suomalaisella Finanssialan sairauskuluvakuutustilaston mukaan kesäkuun lopussa 2025. Heistä noin 457 000 oli lapsia. Aikuisten sairauskuluvakuutuksista noin 562 000 oli yksityishenkilöiden ottamia ja noin 308 000 yritysten ottamia. Valiokunnan saamien asiantuntijalausuntojen mukaan yksityisistä sairauskuluvakuutuksista maksetut korvaukset ovat koronapandemian jälkeen voimakkaasti kasvaneet ja nopeimmin ovat kasvaneet akuuteista hengitystieinfektioista maksetut korvaukset. Vakuutusasiakkaat hakeutuvat hoitoon matalalla kynnyksellä etenkin, jos he ovat valinneet pienemmän omavastuun. Asiantuntijalausuntojen mukaan sairauskuluvakuutusten kannattavuus on viime vuosina heikentynyt johtuen sekä vakuutuksenottajien aikaisempaa aktiivisemmasta hoitoon hakeutumisesta että yksityisen terveydenhuollon kustannustason voimakkaasta noususta.

Kelan tietojen perusteella yksityisten lääkäripalkkioiden Kela-korvausprosentti on vähitellen laskenut vuoden 1996 noin 40 prosentin tasolta vuoden 2023 noin 8 prosentin tasolle. Kela-korvattujen lääkärikäyntien määrään tällä ei ole ollut systemaattista vaikutusta, vaan se on vaihdellut noin 3—3,5 miljoonan käynnin tuntumassa. Kela-korvauksiin kohdennettava rahoitus on kuluvalla hallituskaudella kasvanut. Valiokunnan tilaaman tutkimuksen aineisto on ajalta ennen niin sanottua valinnanvapauskokeilua, jossa 65 vuotta täyttäneet pääsevät yksityiselle lääkärille julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun suuruisella omavastuulla 1.9.2025—31.12.2027. Hallituksen keväällä 2026 päättämän mukaisesti kokeilua on tarkoitus laajentaa ja jatkaa vuodella. Valiokunta pitää tärkeänä, että kokeiluun on kytketty seuranta- ja tutkimustiedon kerääminen, jotta kokeilun tuloksia on mahdollista arvioida.

Valiokunnan tilaaman tutkimuksen suosituksissa ehdotettiin arvioitavaksi mahdollisuutta siirtää yksityisen avosairaanhoidon Kela-korvaukset hyvinvointialueiden kautta järjestettyjen palvelujen rahoittamiseen. Asiantuntijakuulemisessa tätä sekä kannatettiin että vastustettiin. Ehdotusta kannattaneet pitivät perusteltuna vahvistaa julkisen perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. Ehdotusta vastustaneiden asiantuntijoiden mielestä summa on niin pieni, että sillä olisi koko järjestelmän kehittämisen kannalta vain vähäinen merkitys. Riskinä pidetään

myös sitä, että hyvinvointialueiden tätä kautta saama lisärahoitus voisi kohdentua eri alueilla eri tavoin, eikä voitaisi taata, että rahoitus kohdentuisi lääkärille pääsyyn.

Valiokunta yhtyy sosiaali- ja terveysvaliokunnan näkemykseen siitä, että yksityisen terveydenhuollon korvausten kehittäminen ei saa heikentää hyvinvointialueiden mahdollisuuksia resursoida ja kehittää julkisen terveydenhuollon palveluja (StVL 2/2026 vp). Valiokunta on sosiaali- ja terveysvaliokunnan kanssa samaa mieltä myös siitä, että yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten kehittämistä tulee arvioida laaja-alaisesti ja koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän näkökulmasta (StVL 2/2026 vp, StVM 6/2025 vp, StVM 10/2025 vp). Samanaikaisesti valiokunta tunnistaa yksityisen avosairaanhoidon korvausten merkityksen hoitoonpääsyn helpottamisessa, erityisesti tilanteissa, joissa pääsy julkisen terveydenhuollon palveluihin viivästyy.

Työterveyshuolto

Työterveyshuollon rahoitus ja Kela-korvausjärjestelmä

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Tähän lakisääteiseen ehkäisevään työterveyshuoltoon kuuluvat muun muassa työpaikkaselvitys, terveystarkastukset, ohjaus ja neuvonta sekä ensiapuvalmiuden ylläpito. Lisäksi työnantaja voi vapaaehtoisesti järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Tätä vapaaehtoista työterveyshuoltoa kutsutaan mietinnössä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiksi. Kelan työterveyshuoltotilaston mukaan 37 402 työnantajaa järjesti vuonna 2023 työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja lähes kahdelle miljoonalle henkilölle. Sairaanhoitopalveluja sai 94 prosenttia niistä henkilöistä, jotka olivat lakisääteisen ehkäisevän työterveyshuollon piirissä. Huomionarvoista on, että työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjilleen täysin maksuttomia toisin kuin muiden palvelujärjestelmän osien palvelut.

Kelan mukaan työterveyshuollon sairaanhoitopalveluihin kuuluvat tyypillisesti:
- työterveyslääkärin, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin antama hoito
- työterveyspsykologin sairauden tutkimiseen ja hoitoon kuuluva työntekijän terveydentilan selvittäminen tai hoitomahdollisuuksien arviointi työterveyshuollon ammattihenkilön konsultaatiopyyntöön tai tarvearvioon perustuen
- fysioterapiahoitosarja työterveyslääkärin lähetteellä
- erikoislääkärin konsultaatiot työkyvyn tai hoitomahdollisuuksien selvittämiseksi siten, että hoitovastuu säilyy työterveyslääkärillä
- tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset.

Sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta. Korvausluokkaan I kuuluu lakisääteinen ehkäisevä työterveyshuolto ja korvausluokkaan II työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut. Kela korvaa työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista korvausluokkaan I kuuluvista kustannuksista 60 prosenttia ja korvausluokkaan II kuuluvista

kustannuksista 50 prosenttia. Käytännössä korvauksen määrään vaikuttaa se, että kustannuksille on määritelty yhteinen laskennallinen enimmäismäärä, josta korvataan ensisijaisesti ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksia. Lisäksi enintään 40 prosenttia enimmäismäärästä voidaan käyttää sairaanhoitopalveluihin.

Kelan työterveyshuoltotilaston mukaan vuonna 2023 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kokonaiskustannukset olivat noin 1 144 miljoonaa euroa (taulukko 1). Vapaaehtoisen työterveyshuollon eli sairaanhoitopalvelujen osuus tästä oli noin 559 miljoonaa euroa. Taulukosta 2 nähdään, että Kelan sairausvakuutusrahaston työtulovakuutuksen kautta rahoitetaan 58 prosenttia lakisääteisen ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista ja 24 prosenttia sairaanhoitopalveluista. Työnantajat osallistuvat työtulovakuutuksen rahoitukseen maksamalla palkkojen perusteella työnantajan sairausvakuutusmaksua ja palkansaajat sekä yrittäjät puolestaan maksamalla sairausvakuutuksen päivärahamaksua. Nämä maksut ovat veronluonteisia pakollisia vakuutusmaksuja, joilla rahoitetaan myös esimerkiksi sairauspäivärahoja ja vanhempainpäivärahoja. Vuonna 2023 työnantajille maksetut työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen Kela-korvaukset olivat yhteensä noin 133,3 miljoonaa euroa.

Kuten taulukosta 2 nähdään, työnantajien ja yrittäjien suora maksuosuus vapaaehtoisen työterveyshuollon eli sairaanhoitopalvelujen kustannuksista oli 76 prosenttia vuonna 2023. Tämän lisäksi työnantajat ovat osallistuneet saamiensa Kela-korvausten rahoittamiseen edellä kuvatulla tavalla. Valiokunta pitää tärkeänä, että työnantajien merkittävä rahoitusosuus tunnistetaan, kun palvelujärjestelmää kehitetään. Valiokunnan asiantuntijakuulemisen perusteella sairauspoissaolopäivän hinta on korkea työnantajille, mikä osaltaan kannustaa työnantajia panostamaan ehkäisevään työterveyshuoltoon ja työtä haittaavan sairastumisen nopeaan hoitoon.

Taulukko 1. Työnantajien ja yrittäjien työterveyshuollon kustannukset ja niiden rahoitus vuonna 2023, miljoonaa euroa. Lähde: Kelan aktuaari- ja talouspalveluryhmä.

Työterveyshuollon korvausluokka	Työnantajien ja yrittäjien suorat maksut	Kelan työtulovakuutuksen kautta kanavoitu rahoitus (josta työnantajien + palkansaajien ja yrittäjien maksuosuudet)	Valtion osuus	Hyväksytyt kustannukset yhteensä
Lakisääteinen ehkäisevä	244,0	340,0 (184,8+155,1)	1,3*	585,6
Vapaaehtoinen eli sairaanhoito	424,7	133,3 (72,5+60,8)	0,9	558,7
Yhteensä	668,7	473,3 (257,4+215,9)	2,3	1 144,4

* Korvaus perustuu lakiin maatalousyrittäjien työterveyshuollon eräiden kustannusten korvaamisesta valtion varoista (859/1984).

Taulukko 2: Työnantajien ja yrittäjien työterveyshuollon rahoituksen jakautuminen vuonna 2023, prosenttia. Lähde: Kelan aktuaari- ja talouspalveluryhmä.				
Työterveyshuollon korvausluokka	Työnantajien ja yrittäjien suorat maksut	Kelan työtulovakuutuksen kautta kanavoitu rahoitus	Valtion osuus	Hyväksytyt kustannukset yhteensä
Lakisääteinen ehkäisevä	42	58	0,2	100
Vapaaehtoinen eli sairaanhoito	76	24	0,2	100
Yhteensä	58	41	0,2	100

Valtion osuus työterveyshuollon kustannuksista on vähäinen, sillä valtio maksaa vain eräät yrittäjien sairaanhoidon ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon korvaukset. Toisaalta valtio tukee välillisesti työterveyshuollon tarjoamista työntekijöille verovapaana henkilökuntaetuna, sillä työnantajan koko henkilökunnalle järjestämät tavanomaiset ja kohtuulliset terveydenhuoltopalvelut ovat työntekijälle verovapaata etua tuloverolain (1535/1992) 69 §:n 1 momentin 1 kohdan mukaisesti. Lisäksi työnantajan työntekijöiden työterveyspalveluista maksamat kulut ovat elinkeinoverolain (360/1968) 7 §:n mukaan elinkeinotoiminnan tulon hankkimisesta johtuneita vähennyskelpoisia menoja kuten muutkin elinkeinotoiminnassa tulon hankkimisesta tai säilyttämisestä johtuneet menot.

Työterveyshuollon kehittämistarpeet

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa kiinnitetään huomiota siihen, että työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen kattavuuden vaihtelu asettaa työntekijät eriarvoiseen asemaan ja aiheuttaa ongelmia hoidon koordinaation kannalta. Asiantuntijoiden mukaan työterveyshuoltosopimusten kattavuuden vaihtelu aiheuttaa paljon epätietoisuutta niin asiakkaissa kuin ammattilaisissa ja johtaa tilanteisiin, joissa asiakas pyritään siirtämään toiselle sektorille. Sektoreiden välillä on epäselvyyttä oikeasta hoitotahosta etenkin pitkäaikaissairauksien hoidossa, joka toteutuu tällä hetkellä vaihtelevasti. Esimerkiksi valtio-työnantaja rajaa pitkäaikaissairauksien hoidon työterveyshuollon ulkopuolelle, ellei sillä ole selkeää yhteyttä työssä selviytymiseen. Yksityisissä yrityksissä pitkäaikaissairauksien hoito on voinut sisältyä laajoihin sopimuksiin, mutta valiokunnan saaman tiedon mukaan moni yritys on alkanut säästää kustannuksista rajaamalla pitkäaikaissairauksien hoidon työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ulkopuolelle.

Palvelujärjestelmän kehittämisessä on tärkeää ottaa huomioon erityisesti pitkäaikaissairauksien näkökulma. Pitkäaikaissairauksien hoidossa korostuvat työterveyshuollon ja perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyö, tiedonkulku ja konsultointi. Valiokunta katsoo, että työnantajien vapaaehtoisesti järjestämien työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja julkisen perusterveydenhuollon työnjakoa, yhteistyötä ja tiedonkulkua on tarpeen kehittää hoidon onnistumisen varmistamiseksi ja kustannuksia lisäävien epätarkoituksenmukaisten päällekkäisyyksien välttämiseksi. Valiokunnan mielestä on tarpeen selvittää erityisesti

pitkäaikaissairauksien hoidon osalta, onko kustannussäästöjä mahdollista saavuttaa parantamalla sektoreiden välistä yhteistyötä.

Tutkimusraportissa THL esittää kaksi vaihtoehtoista mallia työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen yhdenmukaistamiseksi: samanlaisen palveluvalikoiman määrittäminen kaikille työntekijöille tai minimikattavuuden määritteleminen siten, että Kela-korvattavuus säilyy määritellyn kattavuuden osalta, mutta korvattavuus poistettaisiin minimikattavuuden ylittävistä palveluista. Valiokunnan asiantuntijakuulemisessa ehdotuksia pidettiin ongelmallisina, koska niiden nähtiin lisäävän joko julkisen sektorin tai työnantajien kustannuksia toteutustavasta ja rahoitusmallista riippuen. Minimikattavuuden pelättiin myös luovan epätarkoituksenmukaisia hoitopolkuja, jos määritellyn kattavuuden tai minimikattavuuden ylittävissä palveluissa työntekijä joutuisi vaihtamaan asiointisektoria. Riskinä nähtiin myös eriarvoisuuden kasvu sitä kautta, että työantajat voisivat ostaa avainhenkilöille laajoja sairauskuluvakuutuksia. Valiokunta ei asiantuntijanäkemyksiin viitaten pidä perusteltuna minimikattavuuden määrittelyä.

Kela-korvausten korvausluokat ja -prosentit sekä enimmäismäärä ohjaavat ainakin jossain määrin työnantajien käytäntöjä työterveyshuollon järjestämisessä. Työterveyshuollon Kela-korvauksiin on tehty viimeksi muutoksia vuoden 2020 alusta alkaen, jolloin otettiin käyttöön ehkäisevän työterveyshuollon ja sairaanhoidon yhteinen enimmäismäärä ja rajattiin sairaanhoidon enimmäismäärä enintään 40 prosenttiin. Muutoksilla kannustettiin työnantajia lisäämään lakisääteistä ehkäisevää työterveyshuoltoa (StVM 6/2018 vp). Uudistuksen jälkeen yhä suurempi osa työterveyshuollosta on ollut ehkäisevää työterveyshuoltoa. Esimerkiksi työkykytarkastukset ja niihin käytetty aika ovat lisääntyneet. Samanaikaisesti on kuitenkin tapahtunut muutoksia kirjaamistavoissa ja on arvioitu, että työterveyspainotteisen sairaanhoidon ja ehkäisevän työterveyshuollon ero on osin hämärtynyt. (Oksanen ja Luoto, Kelan tietotarjotin 16.5.2025 "Työterveyshuoltoon tarvitaan selkeämpi erottelu ehkäisevän ja sairaanhoidollisen toiminnan välille".) Koska lääkäri tekee valinnan kirjaamisen yhteydessä, on käytännössä mahdollista, että yksi työnantaja voi saada 60 prosentin korvauksen samasta toiminnasta, josta toinen ei saa korvausta lainkaan. Tämä johtuu siitä, että työkyvyn selvitys, arviointi, tuki ja seuranta ovat useimmissa tapauksissa sekä ehkäisevää työterveyshuoltoa että työterveyspainotteista sairaanhoitoa. Kyselytutkimuksessa 87 prosenttia erikoistuvista lääkäreistä ja 69 prosenttia erikoislääkäreistä toivoikin tarkempaa ohjeistusta korvausluokan valintaan. (Oksanen ym. 2024. Työkykyyn liittyvien käyntien luokittelussa vaihtelua. Lääkärilehti 2.10.2024.)

Valiokunnan saaman tiedon mukaan Kelan korvaustiedot ja THL:n ylläpitämän Avohilmo-rekisterin tiedot antavat erilaisen kuvan työterveyshuollon jakautumisesta ehkäisevään ja sairaanhoidolliseen: Avohilmon mukaan työterveyshuolto on sairaanhoitopainotteista, kun taas Kelan korvaustietojen mukaan ehkäisevän työterveyshuollon kustannukset ovat suuremmat kuin sairaanhoitopalvelujen. Selittäviä tekijöitä on useita (Satokangas ym. 2024). Kelan etuustietokantaan tallennetaan ainoastaan sellaisia työterveyshuollon käyntejä ja etäasiointeja, joiden maksuja Kela on palveluntuottajille korvannut. Esimerkiksi työterveyshuollon palveluntuottajien sisäisiä, muiden erikoisalojen kuin työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärikonsultaatioita toteutetaan Avohilmon mukaan selvästi enemmän kuin mistä on haettu tai maksettu Kela-korvauksia. Lisäksi etävastaanottojen tilastointitapa eroaa Kelan

etuustietokannassa ja Avohilmossa. Avohilmoon kerätään tietoja kaikista etäasioinneista, kun Kelan tilastoihin sisältyvät vain perinteiseen vastaanottokäyntiin vertautuvat etävastaanotot, joita toteuttavat Kela-korvattavuuden piirissä olevat ammattihenkilöt. Toistaiseksi ei ole arvioitu, minkä verran työterveyshuollon puitteissa toteutetaan työnantajien kustannuksella myös sellaisia hoitotapahtumia, joista ei haeta tai joista ei makseta Kela-korvauksia. (Satokangas ym. 2024, THL:n työpaperi 27/2024.) Työnantajat voivat siis järjestää sairaanhoitopalveluja laajemmin kuin Kelan tiedoista ilmenee.

Asiantuntijoiden mukaan työterveyshuollon vaikuttavuuden parantaminen ja kustannusten kasvun hillitseminen on jatkossa tärkeää, ja Kela-korvausjärjestelmän kehittäminen on yksi keino tähän. Vaikuttavuuden parantaminen edellyttää kuitenkin nykyisen tietopohjan parempaa hyödyntämistä eri toimijoiden kuten THL:n, Kelan ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä. Kelan mahdollisuuksia arvioida työterveyshuollon vaikuttavuutta rajoittaa se, ettei sillä ole oikeutta saada käyttöönsä henkilö- ja potilastietoja tai kustannus- ja toimintatietoja työterveyshuollon palveluntuottajilta. Kelan käytössä olevat tiedot työterveyshuollosta ovat työnantajatasoisia. THL:n Avohilmo-rekisterin suoritteet puolestaan perustuvat potilasrekistereihin ja poikkeavat työnantajien Kelalle ilmoittamista, laskutukseen perustuvista suoritteista. Nämä eroavaisuudet THL:n ylläpitämän Avohilmon ja Kelan korvaustietojen välillä korostavat tarvetta työterveyshuollon tarkemmalle tutkimukselle. Myös edellä kuvattu työterveyshuoltosopimusten kattavuuden vaihtelu on ilmiö, josta ei ole tarkempaa tietoa, sillä työnantajakohtaisista työterveyssopimuksista ei ole saatavilla julkisia, kansallisen tason tietoja. Valiokunta katsoo, että työterveyshuollon käytännöistä ja vaikuttavuudesta tarvitaan tutkimustietoa. Valiokunta pitää tärkeänä laajentaa Kelan tiedonsaantioikeutta siten, että sillä olisi oikeus saada työterveyshuollon palveluntuottajilta työterveyshuoltopalveluita koskevat henkilö- ja potilastiedot sekä työterveyshuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvät kustannus- ja toimintatiedot.

Valiokunta yhtyy asiantuntijoiden näkemykseen siitä, että työterveys on tärkeä terveydenhuollon erikoisala, joka edellyttää erityisosaamista työhön ja työympäristöön liittyvissä erityiskysymyksissä. Työterveyshuollon erityistehtävä on työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisemisessä sekä työn terveellisyyden ja turvallisuuden, työntekijöiden terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ja työyhteisön toiminnan edistämisessä. Valiokunta korostaa työterveyshuollon merkitystä ja pitää tärkeänä selkeyttää työterveyshuollon roolia ja ydintehtävää. Tämä edellyttää työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen sisällön tarkentamista, korvausperusteiden selkeyttämistä ja kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämistä. Valiokunta pitää tärkeänä, että työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut tukevat työkykyä ja yhdessä ehkäisevän työterveyshuollon kanssa auttavat vähentämään sairauspoissaoloja. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen painopisteen tulee olla työhön liittyvien sairauksien ennaltaehkäisemisessä, tunnistamisessa ja hoidossa.

Samanaikaisesti valiokunta tunnistaa sen, että työnantajat ja työpaikat tarvitsevat tuekseen ja strategiseksi yhteistyökumppanikseen palveluntuottajan, joka on erikoistunut työkyvyn tukeen ja palauttamiseen sekä tuntee työpaikan olosuhteet ja tarpeet sekä työelämässä käynnissä olevat muutokset. Valiokunta korostaa, että työterveyshuollon sairaanhoidon purkaminen lisäisi kestämättömällä tavalla julkisen avoterveydenhuollon paineita, jos lähes kahden miljoonan henkilön avosairaanhoito siirtyisi kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden vastuulle ilman merkittävää lisärahoitusta.

Valiokunta kiinnittää tässä yhteydessä huomiota siihen, että tällä hetkellä sairaanhoitajat, toisin kuin terveydenhoitajat, eivät ole työterveyshuoltolain mukaisia ammattihenkilöitä eikä heidän työpanoksensa siten ole Kela-korvattavuuden piirissä. Asiantuntija-arvion mukaan tämä voi osaltaan vahvistaa työterveyshuollon sairaanhoidon toteuttamista lääkäripainotteisesti. Valiokunnan mielestä on tarpeen arvioida, tulisiko työterveyshuollon sairaanhoidon Kela-korvattavuuden piiriin sisällyttää myös sairaanhoitajien työpanos.

Opiskeluterveydenhuolto

Lukioiden ja ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu puolestaan on Kelalla ja palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS (laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019). Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät tehtävät määritellään terveydenhuoltolaissa.

Valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan opiskeluterveydenhuollon palveluja käytti tarkastelujaksolla 2021—2023 noin 500 000 henkilöä. Tutkimusraportin mukaan opiskeluterveydenhuollon menot ilman suun terveydenhuoltoa olivat vuonna 2023 yhteensä lähes 91 miljoonaa euroa, josta reilu puolet, noin 54 prosenttia, oli korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tästä 48,7 miljoonan euron kokonaisuudesta valtio rahoittaa 77 prosenttia ja loput 23 prosenttia eli 11 miljoonaa euroa rahoitettiin opiskelijoiden Kelalle maksamilla terveydenhoitomaksuilla. Maksuosuudet on määritelty laissa (695/2019). Hyvinvointialueilla järjestettävässä toisen asteen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa asiakasmaksujen osuus on vähäinen ja valtion rahoitusosuus oli 99,7 prosenttia vuonna 2023.

Tutkimusraportissa suositellaan sen selvittämistä, onko tarvetta kehittää korkeakouluopiskelijoiden terveydenhoitomaksujen yhdenvertaisuutta verrattuna julkisten palvelujen käyttäjiin. Korkeakouluopiskelijoiden maksama terveydenhoitomaksu on luonteeltaan vero, joka on maksettava riippumatta siitä, käyttääkö opiskeluterveydenhuollon sairaanhoitopalveluja. Tutkimuksen mukaan opiskeluterveydenhuollon palveluja käyttäneistä valtaosa (85 prosenttia) käytti myös julkisen sektorin palveluja, joista peritään asiakasmaksuja. Vuonna 2026 korkeakouluopiskelijan terveydenhoitomaksu on 70,7 euroa. Tähän sisältyvät myös suun terveydenhuollon palvelut. Valiokunnan kuulemien asiantuntijoiden mukaan opiskelijoiden rahoitusosuus YTHS:n palveluista on opiskelijoiden laajasti hyväksymä. Siinä tapauksessa, ettei opiskelijalle tulisi vuoden aikana yhtään sairaanhoidollista käyntiä, hän on joka tapauksessa yhteisöllisen ennaltaehkäisevän työn piirissä.

Valiokunnan kuulemat asiantuntijat eivät pitäneet merkittävänä ongelmana terveydenhoitomaksun yhdenvertaisuutta verrattuna julkisten palvelujen käyttäjiin. Terveydenhoitomaksullaan korkeakouluopiskelijat saavat yhteisöterveyden ohella tarvitsemansa opiskeluterveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvan perusterveydenhuollon, eli yleis- ja mielenterveyden ja suunterveyden, palvelut YTHS:ltä. Opiskelijoilta ei peritä muita asiointi- tai toimenpidemaksuja opiskeluterveydenhuollossa asioinnista, pois lukien peruuttamatta ja käyttämättä jäänestä ajasta perittävä maksu. Kaikkien korkeakouluopiskelijoiden maksama yleinen terveydenhoitomaksu vähentää esimerkiksi opiskelijoiden taloudellisesta tilanteesta

johtuvia opiskeluterveydenhuollon palveluiden käytön esteitä. Näin on mahdollista tukea kohdennetusti esimerkiksi erityistä tukea ja palvelua tarvitsevia opiskelijoita. Yhdenvertaisuuden kannalta tärkeämpänä ongelmana pidettiin sitä, että toisen asteen opiskelijat ja korkeakouluopiskelijat ovat keskenään eriarvoisessa asemassa, kun YTHS:n palvelut on tarkoitettu vain korkeakouluopiskelijoille. Tähän ovat kiinnittäneet huomiota myös sosiaali- ja terveysvaliokunta sekä sivistysvaliokunta (StVM 35/2018 vp ja SiVL 11/2018 vp). Etenkin ammatillisten oppilaitosten opiskelijat ovat terveyden, terveyskäyttäytymisen ja koetun hyvinvoinnin osalta korkeakouluopiskelijoita heikommassa asemassa (StVM 35/2018 vp).

YTHS:n palvelujen piirissä on noin 300 000 opiskelijaa. YTHS:n tehtävänä on tuottaa terveyden- ja sairaanhoitopalveluja korkeakouluopiskelijoille, edistää opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä sekä edistää opiskeluympäristön ja -yhteisön hyvinvointia. Valiokunta tunnistaa kuulemiensa asiantuntijoiden tavoin YTHS:n erityisen asiantuntemuksen opiskelijoiden terveyden, hyvinvoinnin ja opiskelukyvyn edistämisessä sekä terveellisen ja turvallisen opiskeluympäristön ylläpitämisessä. Valiokunta yhtyy asiantuntijoiden näkemykseen siitä, että korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon mielenterveyspalvelut ovat myös sellainen osa-alue, jossa on tärkeää hyödyntää YTHS:lle korkeakouluopiskelijoiden hoitoon keskittynyttä erityisosaamista. YTHS:n valtakunnallisella toiminnalla voidaan tuottaa korkeakouluopiskelijoiden palvelut opiskelupaikkakunnasta riippumatta yhdenvertaisesti. Keskitetty rakenne mahdollistaa koordinoidun opiskeluterveydenhuollon ohjauksen, yhteiset toimintamallit sekä valtakunnallisten verkostojen hyödyntämisen.

Henkilöstöresurssien riittävyys

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa arvioitiin henkilöstöresurssien riittävyyttä aiemmin toteutetun koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskevan Sotehen-hankkeen ennustemallien pohjalta. Kun koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötarpeesta arvioidaan suhteellisena osuutena perustason avosairaanhoidon henkilöstötarve, kasvaisi näiden palvelujen henkilöstötarve tutkimuksen mukaan vuoteen 2040 mennessä noin 3 350 henkilöllä, joista kaksi kolmasosaa on hoitajia. Tutkimuksessa arvioidaan, että sairaanhoitajien koulutustarjonta on riittävää kysyntään nähden. Lähihoitajien kysyntä kasvaa voimakkaasti, minkä vaikutus näkyy etenkin ikääntyneiden hoidossa, esimerkiksi kotihoidossa, ja vähemmän perustason avosairaanhoidossa. Tutkimusraportissa arvioidaan, että myös lääkäreiden osalta voi kehittyä työvoimapulaa ja vaje voisi olla noin 800—1400 vuoteen 2040 mennessä. Ennustemalliin liittyy kuitenkin epävarmuuksia ja lääkäreiden osalta ennuste on laadittu ennen viimeisimpiä koulutuspaikkojen lisäyksiä.

Lääketieteellisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja nostettiin Suomessa 71 paikan verran vuonna 2024 siten, että aloituspaikkamäärä nousi 826:een. Valiokunnan kuulemien asiantuntijoiden mukaan lääketieteellisissä tiedekunnissa on vaikeuksia saada riittävästi harjoittelupaikkoja opiskelijoille ja ryhmäkokojen koetaan kasvaneen niin suuriksi, että sillä on jo vaikutusta koulutuksen laatuun. Kotimaan lääkäriopiskelijoiden lisäksi vuosittain yli tuhat suomalaista opiskelee ulkomailla lääkärikoulutuksessa. Valiokunnan saaman tiedon mukaan vuonna 2024 laillistetuista 1 148 lääkäristä 35 prosenttia oli suorittanut tutkintonsa ulkomailla. Valiokunta katsoo, ettei lääkärikoulutuksessa voida tukeutua vain ulkomailla kouluttautuviin lääkäreihin,

vaan riittävä koulutusmäärä kotimaassa on vastaisuudessakin varmistettava. Lisäksi monet asiantuntijat pitävät perusteltuna yleislääketieteen erikoislääkäreiden koulutuksen lisäämistä.

Vuonna 2023 Suomessa oli EU-maista vähiten ammatissaan toimivia lääkäreitä tuhatta asukasta kohden, mutta sairaanhoitajia oli viidenneksi eniten (State of Health in the EU. Suomi. Maan terveysprofiili 2025). Tämä kuvastaa osaltaan sairaanhoitajien kasvanutta roolia terveydenhuollossa. Kun tarkastellaan perustason avosairaanhoitoa valiokunnan tilaaman tutkimuksen rajausten mukaisesti, oli Suomessa yhteensä 15 935 lääkäriä vuonna 2023. Tutkimusraportin mukaan tyypillisintä oli, että lääkäri työskenteli vuoden aikana kahdella sektorilla (41 %) tai pelkästään julkisella sektorilla (37 %). Kahdella sektorilla vähintään yhden hoitotapahtuman tuottaneet työskentelivät tyypillisesti yksityisellä ja työterveyshuollon sektorilla. Valiokunnan saaman asiantuntijalausunnon mukaan työterveyden sairaanhoitoa tekevät lääkärit ovatkin pääosin isoissa lääkärikeskuksissa työskenteleviä yleislääkäreitä, jotka tuottavat palveluja myös itse maksaville asiakkaille. Vuoden aikana kolmella eri sektorilla työskennelleitä oli 12 prosenttia lääkäreistä ja kaikilla neljällä sektorilla työskennelleitä yksi prosentti. Hoitajia oli 23 338 ja heistä valtaosa (79 %) työskenteli vain yhdellä sektorilla. Hoitajista 66 prosenttia työskenteli pelkästään julkisella sektorilla. Myös hoitajien ammattiryhmissä yksityisellä sektorilla työskentelevät työskentelivät todennäköisesti myös työterveyshuollossa.

Asiantuntijakuulemisessa esitettyjen arvioiden perusteella Suomessa on riittävästi lääkäreitä, mutta heidän työpanoksensa on jakautunut epätarkoituksenmukaisesti eri sektoreille. Hajautunut palvelujärjestelmä johtaa siihen, että lääkärityövoima ei jakaudu palvelutarpeiden mukaisesti eri sektoreille ja maan eri osiin. Kullakin sektorilla on osin erilaiset tehtävät ja tavoitteet, mutta ne kuitenkin kilpailevat rajallisista henkilöstöresursseista, etenkin yleislääkäreistä ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä. Valiokunnan tilaaman tutkimuksen tulosten perusteella julkinen sektori hoitaa asiakkaita hoitajavetoisesti, kun taas työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla asioivia hoitavat korostetusti lääkärit. Julkisella sektorilla hoitajien rooli korostuu, koska he esimerkiksi arvioivat hoitoon pääsyä, hoitavat pitkäaikaissairauksia ja seuraavat hoitotasapainoa. Toisaalta tutkimusraportissa arvioidaan, että hoitajavastaanottojen korostuminen julkisella sektorilla voi rajoittaa erityisesti monisairaiden ja iäkkäiden pääsyä lääkäripalveluihin. Lisäksi raportissa arvioidaan, että työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla lääkärit tekevät paljon myös sellaisia tehtäviä, jotka todennäköisesti voitaisiin hoitaa muiden ammattilaisten toimesta. Valiokunta pitää tärkeänä kehittää ammattilaisten työnjakoa kaikilla sektoreilla, jotta henkilöstöresurssit ovat mahdollisimman tarkoituksenmukaisessa käytössä palvelutarpeeseen nähden. Lisäksi valiokunta yhtyy tutkimuksessa esitettyyn suositukseen siitä, että julkisen perusterveydenhuollon ammattilaisten työnjakoon, työnhallintaan ja työoloihin tulee panostaa, jotta julkinen sektori olisi houkutteleva työpaikka.

Neljän sektorin välisen kilpailun lisäksi myös hyvinvointialueet kilpailevat työvoimasta keskenään. Asiantuntijoiden mukaan lääkärityövoiman rekrytointi on ollut haasteellisinta itäisten ja pohjoisten hyvinvointialueiden harvaan asutuilla seuduilla. Valiokunnan huomiota on kiinnitetty siihen, että lääkärikoulutuksessa yliopistojen yhteisvalintaan siirtyminen on pienentänyt Oulun ja Kuopion yliopistoihin lähialueelta valittujen osuutta, mikä puolestaan pienentää valmistuvien lääkäreiden todennäköisyyttä jäädä itäiseen ja pohjoiseen Suomeen

työskentelemään. Asiantuntijoiden mukaan Norjassa on onnistuttu houkuttelemaan lääkäreitä syrjäisemmille seuduille erilaisten kannustimien avulla ja Saksan osavaltioissa on käynnissä kokeiluja, joissa pieni prosenttiosuus lääketieteen opiskelupaikoista kiintiöidään sellaisille opiskelijoille, jotka sitoutuvat työskentelemään valmistumisen jälkeen 10 vuotta alueilla, joilla on pulaa yleislääkäreistä. Valiokunnan mielestä Suomessakin on syytä kokeilla toimenpiteitä lääkäreiden alueellisen saatavuuden parantamiseksi ottaen oppia kansainvälisistä esimerkeistä, sekä huolehtia riittävästä lääkärikoulutuksen määrästä.

Väestökehitys eriytyy tulevaisuudessa siten, että joillakin hyvinvointialueilla niin lääkäreiden kuin hoitajien tarve perustason avosairaanhoidon palveluissa vähenee vuoteen 2040 mennessä. Osin väestön palvelutarve kuitenkin siirtyy vanhenemisen myötä perustasoa vaativampiin palveluihin. Lääkäri- ja hoitajaresurssien riittävyys ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvaessa huolestuttaa monia asiantuntijoita, mutta osa asiantuntijoista korostaa sitä, että kasvavaan kysyntään ei ole mahdollista vastata resursseja ainakaan merkittävästi lisäämällä. Valiokunta korostaa kuulemiensa asiantuntijoiden tavoin sitä, että kasvavaan palvelukysyntään tulee kaikilla sektoreilla vastata ensisijaisesti parantamalla tuottavuutta, kehittämällä ammattilaisten työnjakoa ja karsimalla vähähyötyisiä hoitoja. Vähähyötyisellä hoidolla tarkoitetaan hoitokäytäntöjä, jotka tuottavat vähän tai ei lainkaan hyötyä potilaalle, ovat potilaalle enemmän haitallisia kuin hyödyllisiä, johtavat turhiin kustannuksiin potilaalle tai tuhlaavat rajallisia terveydenhuollon resursseja. Asiantuntijat toivovat nykyistä kattavampia suosituksia (Käypä Hoito -suositukset ja Palveluvalikoimaneuvoston suositukset) siitä, mikä on hyödylliseksi katsottua ja palveluvalikoimaan kuuluvaa tutkitusti vaikuttavaa hoitoa.

Julkisten varojen ja henkilöstöresurssien rajallisuuden vuoksi moni valiokunnan kuulemista asiantuntijoista korostaa priorisoinnin ja julkisen palvelulupauksen selkeyttämisen merkitystä. Valiokunta on kuulemiensa asiantuntijoiden kanssa samaa mieltä siitä, että tarvitaan priorisointikeskustelu siitä, millaista terveydenhuollon palveluvalikoimaa julkisin varoin on mahdollista ylläpitää. Kansalaisille tämä tarkoittaa palvelulupausta siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisen sektorin rahoitusvastuulle ja kääntäen, mitkä palvelut jäävät kansalaisten itsensä kustannettavaksi.

Palvelujärjestelmän rinnakkaisten sektoreiden käyttö

Perustason avosairaanhoitoa järjestetään Suomessa neljällä eri sektorilla. Suomessa vakituisesti oleskelevat voivat käyttää vähintään kahta avosairaanhoidon kanavaa eli julkista ja yksityistä sektoria rinnakkain. Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki ovat järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta ja siten myös avosairaanhoidosta. Toisen koko väestölle mahdollisen avosairaanhoidon sektorin muodostavat yksityiset osin Kela-korvatut avosairaanhoidon palvelut. Lisäksi ne työssäkäyvät, joiden työnantajat järjestävät työntekijöilleen sairaanhoitopalveluja osana työterveyshuoltoa, voivat käyttää kolmen sektorin palveluja. Neljännen erillisen sektorin muodostavat YTHS:n tuottamat korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut, joiden järjestämisvastuu on Kelalla. Korkeakouluopiskelijat voivat siten käyttää kolmen sektorin palveluja, tai neljän, jos he ovat myös työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä.

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa tarkastellaan ensimmäistä kertaa valtakunnallisesti näiden neljän sektorin rinnakkaista käyttöä rekisteriaineistojen perusteella. Tutkimuksessa palvelujen rinnakkainen käyttö määritellään siten, että henkilö käyttää useaa palvelujärjestelmän sektoria tarkastelujaksolla riippumatta siitä, onko kyseessä saman sairauden hoito tai milloin palvelua on ajallisesti käytetty tarkastelujakson aikana. Tutkimuksen mukaan vuosina 2021—2023 noin 5,4 miljoonaa henkilöä käytti perustason avosairaanhoidon palveluja. Heistä 39 prosenttia käytti tarkastelujaksolla vain yhden sektorin palveluja, 41 prosenttia kahden sektorin palveluja, 18 prosenttia kolmen sektorin palveluja ja kaksi prosenttia neljän sektorin palveluja. Rinnakkaiskäyttö on merkittävä ilmiö, koska kaikista perustason avosairaanhoidon palveluja käyttäneistä noin 61 prosenttia käytti tarkastelujaksolla kahta tai useampaa sektoria rinnakkain. Tyypillisin tapa käyttää useampaa kuin yhtä sektoria oli julkisen ja yksityisen sektorin rinnakkainen käyttö (noin 1,0 miljoonaa henkilöä). Seuraavaksi yleisimmät olivat julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon yhdistelmä (noin 0,8 miljoonaa henkilöä) ja julkisen ja työterveyshuollon yhdistelmä (noin 0,7 miljoonaa henkilöä). Usean sektorin rinnakkainen käyttö korostui etenkin lapsilla ja työikäisillä, kun taas ikääntynyt väestö käytti korostetummin vain julkisen sektorin palveluja.

Luvut eivät kerro sitä, onko henkilö käyttänyt usean sektorin palveluja saman sairauden hoitamiseen tai onko eri sektoreiden palveluja käytetty samanaikaisesti. Osa rinnakkaiskäytöstä voi olla esimerkiksi työmarkkina-aseman muutoksista johtuvaa sektoreiden peräkkäistä käyttöä. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja puolestaan ei lähtökohtaisesti ole tarkoitettu kattamaan kokonaisvaltaisesti kaikkia palvelutarpeita. Näistä tarkastelun rajoituksista huolimatta valiokunta toteaa, että laajasti jaetun asiantuntijanäkemyksen mukaan järjestelmän hajanaisuus aiheuttaa päällekkäisiä tutkimuksia ja hoitoa sekä henkilöstöresurssien tehotonta käyttöä. Toisaalta yksityistä terveydenhuoltoa hyödynnetään usein silloin, kun julkisen sektorin palvelujen saatavuus on heikompaa, esimerkiksi gynekologisissa palveluissa ja silmätaudeissa (StVL 2/2026 vp). Asiantuntijat yhtyvät tutkimuksessa esitettyyn arvioon siitä, että hajautuminen voi vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja heikentää erityisesti paljon palveluja tarvitsevien potilaiden hoidon laatua ja turvallisuutta. Asiantuntijoiden mukaan hoidon jatkuvuus kärsii, syntyy epätarkoituksenmukaista päällekkäisyyttä ja ylimääräisiä kustannuksia, tiedon liikkumisen ongelmia ja potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen vaikeutuu. Lisäksi tutkimusraportissa ja asiantuntijakuulemisissa on nostettu esiin riski siitä, että monikanavaisuus voi aiheuttaa osaoptimointia, jossa kustannuksia voidaan pyrkiä siirtämään toiselle sektorille tai Kelan sairausvakuutusjärjestelmän kustannettavaksi.

Asiantuntijakuulemisessa nostettiin toisaalta esiin monikanavaisen järjestelmän hyötyjä. Yksilön valinnanvapautta lisää se, että ihminen voi valita asiointisektorin. Yksityisen sektorin ja työterveyshuollon sairaanhoidon käyttö vähentää painetta julkisen sektorin palvelujen käytölle, mikä säästää julkisia varoja. Työterveyshuollon sairaanhoidon hyvä saatavuus puolestaan voi edistää työkyvyn ylläpitämistä ja siten hyödyttää kansantaloutta. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen etuna julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon nähden pidetään nimenomaan sitä, että palvelujen piiriin pääsee nopeasti. Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa ja asiantuntijakuulemisessa on kuitenkin korostettu sitä, että perustason avosairaanhoidon hajautunut järjestelmä ei kohtele väestöä yhdenvertaisesti, koska hoitoon pääsy riippuu siitä, minkä sektorin kautta ihmiset ovat oikeutettuja saamaan hoitoa tai onko heillä taloudellista mahdollisuutta hyödyntää yksityistä avosairaanhoitoa. Hoidon saatavuuteen ja palvelujen

käyttöön vaikuttavat siis palvelutarpeen lisäksi henkilön ikä, tulot ja työmarkkina-asema sekä työnantajan solmiman työterveyshuoltosopimuksen kattavuus. Seuraavaksi valiokunta käsittelee tarkemmin hoitoon pääsyyn vaikuttavaa hoidon tarpeen arviointia.

Hoidon tarpeen arvioinnin käytännöt

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ottaessa yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikköön. Arvioinnissa ratkaistaan, tarvitaanko terveydenhuollon palvelua, kuinka kiireellisesti asia edellyttää hoitoa ja mihin palveluun tai asiointikanavaan asiakas tulisi ohjata. Hoidon tarpeen arviointi on sitovana käytäntönä vain julkisella sektorilla ja opiskeluterveydenhuollossa hoitotakuulainsäädännön mukaisesti. Niin valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa kuin asiantuntijakuulemisessa pidettiin resurssien tehokkaan käytön näkökulmasta ongelmallisena sitä, että eri sektoreilla on erilaiset hoitoon pääsyn kriteerit. Julkisella sektorilla käytössä oleva hoidon tarpeen arviointi voi rajoittaa hoitoon pääsyä liikaa, kun taas yksityisellä sektorilla asiakas voi varata ajan suoraan valitsemalleen lääkärille. Työterveyshuollossa käytännöt vaihtelevat. Asiantuntijoiden mukaan työterveyshuollossa on aikaisempaa useammin käytössä hoidon tarpeen arvioinnin työkaluja, esimerkiksi digitaalisessa palvelukanavassa tapahtuva arviointi. Yksityisen sektorin avosairaanhoidon palveluissa on asiantuntijalausuntojen mukaan havaittu, että yksityisen sairauskuluvakuutuksen olemassaolo vaikuttaa asiakkaalle tarjottavien tutkimusten ja hoitojen tarjontaan. Tiettyjä tutkimuksia käytetään kevyemmin perustein yksityisellä sektorilla kuin julkisessa perusterveydenhuollossa etenkin, kun rahoitus on varmistettu vakuutusyhtiöstä. Lisäksi vakuutusasiakkaat hakeutuvat hoitoon matalalla kynnyksellä ja usein erikoislääkäritasoiselle vastaanotolle vaikka tilanne ei sitä lääketieteellisesti edellyttäisi.

Asiantuntijoiden arvion mukaan hoidon tarpeen arviointi on saanut korostuneen aseman julkisella sektorilla osittain sen vuoksi, että terveyskeskuksissa on ollut lääkärivajetta. Toisaalta julkisen sektorin vahvuutena pidetään moniammatillisuutta, jolloin hoidon tarpeen arviointi on asiantuntijoiden mukaan hyvä keino arvioida, minkä ammattilaisen vastaanotosta asiakas eniten hyötyisi. Esille nostettiin toisaalta sekin, että resurssivajeen vuoksi asiakkaalle ei välttämättä pystytä tarjoamaan sitä vastaanottokäyntiä, josta hänen arvioidaan hyötyvän. Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa suositellaan perusterveydenhuollossa tapahtuvan hoidon tarpeen arvion selkeyttämistä. Myös valiokunnan kuulemat asiantuntijat pitävät tarpeellisena kehittää hoidon tarpeen arviointia perusterveydenhuollossa. Osa asiantuntijoista kannattaa nykymuotoisen hoidon tarpeen arvioinnin lopettamista, sen merkittävää keventämistä tai tekoälyn hyödyntämistä. Kehittämisehdotuksena nostettiin esiin se, ettei kiireettömiä yhteydenottoja tarvitsisi hoitaa samana päivänä. Asiantuntijoiden tavoin valiokunta pitää tarpeellisena selkeyttää perusterveydenhuollossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia.

Valiokunnan tilaamassa tutkimuksessa suositellaan kaikkia sektoreita koskien hoitoon pääsyn periaatteiden selvittämistä ja käytäntöjen arviointia. Asiantuntijat pitävät tärkeänä, että hoidon tarpeen arvioinnin lopputulos ei riippuisi siitä, missä tai kenen toimesta se tehdään, vaan se perustuisi yleisiin hoitokäytäntöihin ja -suosituksiin. Valiokunta katsoo kuulemiensa asiantuntijoiden tavoin, että tutkimuksia ja hoitoa pitäisi tarjota kaikilla sektoreilla yhtenäisin perustein hoitosuositusten mukaisesti ja lääketieteelliseen tarpeeseen perustuen. Valiokunta

korostaa ammattilaisten vastuullisuutta päätettäessä siitä, mitä tutkimuksia potilas tosiasiallisesti tarvitsee.

Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmä kansainvälisessä vertailussa

Suomen perustason avosairaanhoidon tarkastelun tueksi ja taustaksi valiokunta teetti kansainvälisen vertailun eduskunnan kansliassa tarkastusvaliokunnan sihteeristössä ja tietopalvelussa. Valiokunta päätti sisällyttää vertailuun Pohjoismaat, Ison-Britannian, Alankomaat, Israelin ja Kanadan. Vertailussa tarkasteltiin Suomen ja näiden kahdeksan maan terveydenhuollon palvelujärjestelmiä, rahoituslähteitä ja resursseja sekä hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa ja terveydenhuoltojärjestelmien tuloksellisuutta. Julkisten tietolähteiden lisäksi vertailu perustui eurooppalaisten parlamenttien tietopalvelujen välisen European Centre for Parliamentary Research and Documentation (ECPRD) -tiedonhankintaverkoston kautta toteutettuun kyselyyn. Seuraavassa esitetään johtopäätökset valiokunnan teettämästä vertailusta palvelujärjestelmän rakennetta ja rahoitusta koskevilta osin.

Valiokunnan teettämä vertailu osoitti, että Suomeen on muodostunut kansainvälisesti poikkeava tapa järjestää avosairaanhoitoa neljässä eri kanavassa. Kahdeksassa vertailumaassa ei ole vastaavia rinnakkaisia perustason avosairaanhoidon kanavia. Joitakin vastaavia elementtejä vertailumaissa on, mutta Suomea rajatummin. Islannissa yksityisen hoidon Kela-korvausta vastaavat korvaukset koskevat vain erikoislääkärikäyntejä rajatuissa tapauksissa. Norjassa opiskeluterveydenhuoltoon sisältyy sairaanhoitoa, mutta palveluvalikoima riippuu opiskelijayhdistyksen koosta, rahoituksesta ja päätöksistä. Ruotsissa osa työnantajista järjestää sairaanhoitopalveluja, mutta työnantajat eivät saa niistä korvausta. Lisäksi sairaanhoitopalvelut katsotaan veronalaiseksi työsuhde-etuudeksi toisin kuin Suomessa.

Perustason avosairaanhoidon rahoitus ei ole täysin yksikanavaista missään valituista vertailumaista, mutta Suomi erottuu joukosta muita maita hajanaisemmalla rahoitusmallillaan. Suomen erityispiirre on se, että julkista rahoitusta ohjataan julkisesti järjestetyn universaalin terveydenhuollon lisäksi kolmeen muuhun kanavaan. Verorahoitusta täydennetään veronluonteisilla pakollisilla vakuutusmaksuilla, joita kohdennetaan Kelan hoitaman sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen kautta työterveyshuollon Kela-korvauksiin ja sairaanhoitovakuutuksen kautta yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksiin. Lisäksi verorahoitusta kohdennetaan erilliseen opiskeluterveydenhuoltoon. Suomen erityispiirre on myös merkittävä työnantajien suora rahoitusosuus, koska suurin osa työnantajista järjestää lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi sairaanhoitopalveluja vapaaehtoisesti. Useiden rahoituskanavien vuoksi Suomi erottuu muista Pohjoismaista, Isosta-Britanniasta ja Kanadasta pienemmällä verorahoituksen osuudella perustason avosairaanhoidossa.

Vertailumaissa yleislääketieteen tasoisen vastaanottotoiminnan palvelut saadaan pääosin julkisesti järjestetyn terveydenhuollon kautta yhdestä kanavasta, mutta palveluntuottajien sektorit vaihtelevat maittain. Esimerkiksi Ruotsissa terveyskeskus voi olla julkinen tai yksityinen ja Norjan omalääkärimallissa järjestämisvastuulliset kunnat voivat ostaa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta tai palkata lääkäreitä kunnan palvelukseen. Yleislääketieteen tasoisen vastaanottotoiminnan palvelut tuotetaan vertailumaissa tyypillisesti joko yksityisten palveluntuottajien toimesta tai siten, että asiakas voi valita julkisen tai yksityisen

palveluntuottajan, joka on täyttänyt julkisen järjestäjän asettamat kriteerit. Suomi erottuu monista vertailumaista siten, että julkisesti järjestetyn perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen tuottajat ovat pääosin julkisia. Suomessa hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki voivat ostaa järjestämisvastuullaan olevia palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta ja voittoa tavoittelemattomilta yhteisöiltä tai myöntää asiakkaalle palvelusetelin palvelun hankkimista varten. Valiokunnan tilaaman tutkimuksen mukaan perustason vastaanottopalvelujen menoista noin kuusi prosenttia kohdistui asiakaspalvelujen ostoihin. Käytännössä siis Suomessa julkista perusterveydenhuoltoa tuotetaan pääosin julkisten palveluntuottajien toimesta ja yksityinen sektori tuottaa osittain Kela-korvattavia työterveyshuollon sairaanhoitopalveluja ja yksityisiä avosairaanhoidon palveluja.

Valiokunta toteaa, että muiden maiden järjestämismalleja on hyödyllistä tarkastella tarkemmin, mikäli Suomessa halutaan uudistaa perustason avosairaanhoidon ja laajemmin koko terveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon institutionaalista rakennetta. Asiantuntijoiden mukaan on kuitenkin tärkeää ottaa huomioon, ettei mikään terveydenhuollon järjestämismalli ole sellaisenaan siirrettävissä maasta toiseen. Kansainvälisiä terveydenhuollon järjestämisen malleja voidaan luokitella esimerkiksi neljän tyyppisiin malleihin kuten THL on tehnyt työpaperissaan 33/2025 (Näkökulmia kansainvälisten terveydenhuoltomallien soveltamiseen Suomessa). Näitä ovat kansallinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä kuten Englannissa, vahvat alueelliset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät kuten Espanjassa, vakuutuspohjainen terveydenhuolto kuten Alankomaissa ja kansallinen terveysvakuutus kuten Australiassa. Huomionarvoista on, että vakuutuspohjaiset mallit eivät kata sosiaalipalveluja. Suomen nykyinen malli on THL:n mukaan kahden ensiksi mainitun mallin välimaastossa.

Palvelujärjestelmän kehittäminen kokonaisuutena

Valiokunnan tilaaman tutkimuksen ja kuulemien asiantuntijoiden mukaan Suomessa ei ole tähän mennessä uudistettu perustason avosairaanhoidon järjestelmää kokonaisuutena, vaan jokaista osajärjestelmää on kehitetty erikseen. Vuoden 2023 alusta voimaan tullut sote-uudistus koski perustason avosairaanhoidon osalta vain julkista perusterveydenhuoltoa. Yksityisen avosairaanhoidon Kela-korvauksia on kehitetty erillisenä osa-alueena. Työterveyshuoltoa puolestaan kehitetään kolmikantaisesti omana erillisenä järjestelmänään. Valiokunnan mielestä jatkossa on välttämätöntä tarkastella ja kehittää perustason avosairaanhoitoa kokonaisuutena, jonka neljä erillistä sektoria vaikuttavat toisiinsa ja koko terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan.

Nykyisessä hajautuneessa mallissa valtio pystyy ohjaamaan tehokkaasti vain hyvinvointialueita. Muita järjestäjätahoja ja yksityisiä palveluntuottajia valtio pystyy ohjaamaan rajallisesti. Valiokunta on kuulemiensa asiantuntijoiden kanssa samaa mieltä siitä, että palvelujärjestelmän monikanavaisuus vaikeuttaa kokonaisohjausta. Valiokunta katsoo, että perustason avosairaanhoidon monikanavaisen järjestelmän kansallista ohjausta ja koordinaatiota on tarpeen vahvistaa. Tavoitteena tulee olla nykyisellään liian erillisinä toimivien sektoreiden parempi yhteentoimivuus ja päällekkäisyyksien välttäminen.

Asiantuntijakuulemisten perusteella vallitsee varsin suuri yksimielisyys siitä, että nykyistä palvelujärjestelmää on tarpeen kehittää. Valiokunnan mielestä on tärkeää ottaa huomioon myös kansalaisten näkemykset ja kokemukset terveyspalveluista, sillä kansalaisten luottamus

terveyspalvelujen toimintaan on viime vuosina selvästi heikentynyt. TerveSuomi -kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2024 vain noin puolet suomalaisista aikuisista luotti terveyspalvelujen toimintaan, kun vuonna 2018 osuus oli vielä 80 prosenttia. Samassa kyselyssä joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki, ettei saanut riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden. (Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys — Terve Suomi 2024. THL tilastoraportti 31/2025.) Lisäksi EU-SILC-kyselytutkimus osoittaa, että suomalaisilla on yli kolme kertaa enemmän tyydyttämätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta kuin EU-kansalaisilla keskimäärin (State of Health in the EU. Suomi. Maan terveysprofiili 2025).

Valiokunta yhtyy sosiaali- ja terveysvaliokunnan tavoin (StVL 2/2026 vp) tilaamansa tutkimuksen johtopäätökseen siitä, että perustason avosairaanhoidon järjestelmää tulee uudistaa kokonaisuutena siten, että se mahdollistaa resurssien vaikuttavan, tehokkaan ja oikeudenmukaisen kohdentumisen. Valiokunta pitää tärkeänä pitkän aikavälin tavoitteena sitä, että palvelujärjestelmään kohdistuva julkinen rahoitus kanavoituu yhdenvertaisella tavalla koko väestön hyväksi palvelutarve huomioiden. Valiokunta painottaa (kuten StVL 2/2026 vp), että kustannusvaikuttavan terveydenhuollon edellytys on toimiva ja riittävästi resursoitu perusterveydenhuolto. Valiokunta pitää sosiaali- ja terveysministeriössä laadittua Sote2040-visiota tärkeänä keskustelunavauksena. Järjestelmän kokonaisuudistus edellyttää pitkäjänteistä, yli hallituskausien ulottuvaa näkemystä ja ohjausta. Valiokunta korostaa, että monikanavaisen palvelujärjestelmän kehittämisen tulee tapahtua hallitusti muutosten vaikutuksia arvioiden. Valiokunta yhtyy asiantuntijoiden näkemykseen siitä, että alan keskeisiä toimijoita ja asiantuntijoita on tärkeää ottaa mukaan pohdittaessa palvelujärjestelmän tulevaisuutta.

Valiokunnan johtopäätökset

Monikanavainen palvelujärjestelmä

Valiokunnan tehtävänä on varmistaa valtion talousarvion kautta kohdennettavien varojen tarkoituksenmukainen käyttö. Tästä syystä valiokunta tarkastelee perustason avosairaanhoidon monikanavaisen palvelujärjestelmän tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Valiokunta toteaa kokonaisarvionaan, että Suomeen on muodostunut kansainvälisessä vertailussa poikkeava neljälle eri sektorille (julkinen, osittain Kela-korvattava yksityinen, osittain Kela-korvattavat työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ja YTHS) jakautunut perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmä, jonka tehokkuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen liittyy ongelmia. Ongelmat näkyvät sekä yksilötasolla että järjestelmätasolla. Yksilötasolla sektoreiden rinnakkainen käyttö ja järjestelmän hajanaisuus voivat aiheuttaa päällekkäisiä tutkimuksia ja hoitoa, hoidon jatkuvuus kärsii, syntyy tiedon liikkumisen ongelmia ja potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen voi vaikeutua. Järjestelmätasolla henkilöstöresurssit eivät aina kohdennu tarpeen mukaisesti. Lisäksi valiokunta kiinnittää huomiota siihen, että perustason avosairaanhoidon tiedonkeruuta ja seurantajärjestelmiä on tarpeen kehittää siten, että palvelujärjestelmää on mahdollista arvioida kokonaisuutena. Valiokunta katsoo, että kehittämisessä tulee täysimääräisesti hyödyntää digitalisaation ja tekoälyn mahdollisuudet.

Valiokunnan mielestä monikanavaisen palvelujärjestelmän osia on tähän asti kehitetty liiaksi omina erillisinä järjestelminään. Samalla valiokunta yhtyy sosiaali- ja terveysvaliokunnan (StVL 2/2026 vp) huomioon siitä, että tutkimuksessa tarkastelluilla avosairaanhoidon eri

rahoituskanavista rahoitetuilla neljällä eri sektorilla on osin erilaiset tavoitteet ja tehtävät. Valiokunta painottaa, että jatkossa on välttämätöntä tarkastella ja kehittää perustason avosairaanhoitoa kokonaisuutena, jonka neljä erillistä sektoria vaikuttavat toisiinsa ja koko terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan. Valiokunta korostaa, että perustason avosairaanhoidon järjestelmää tulee uudistaa kokonaisuutena siten, että se mahdollistaa resurssien vaikuttavan, tehokkaan ja oikeudenmukaisen kohdentumisen. Myös valiokunnan kuulemien asiantuntijoiden mielestä pitäisi kehittää eri kanavien yhteistyötä. Asiantuntijat pitävät yhteistyötä realistisempana vaihtoehtona kuin monikanavarahoituksen purkamista. Valiokunta pitää tärkeänä pitkän aikavälin tavoitteena sitä, että palvelujärjestelmään kohdistuva julkinen rahoitus kanavoituu yhdenvertaisella tavalla koko väestön hyväksi palvelutarve huomioiden. Järjestelmän kokonaisuudistus edellyttää pitkäjänteistä, yli hallituskausien ulottuvaa näkemystä ja ohjausta. Riippumatta siitä, millä tavoin perustason avosairaanhoidon monikanavaista palvelujärjestelmää jatkossa kehitetään, valiokunta pitää tärkeänä vahvistaa järjestelmän kansallista ohjausta ja koordinaatiota.

Valiokunta toteaa, että Suomen monikanavaisessa palvelujärjestelmässä palvelujen käyttö ja henkilöstöresurssit eivät välttämättä jakaudu tasaisesti eri sektoreille suhteessa palvelutarpeeseen. Palvelutarpeen lisäksi hoidon saatavuuteen ja palvelujen käyttöön vaikuttavat henkilön ikä, tulot ja työmarkkina-asema sekä työnantajan solmiman työterveyshuoltosopimuksen kattavuus. Valiokunta pitää väestön yhdenvertaisuuden kannalta merkittävänä ongelmana sitä, että hoitoon pääsyä ohjaavat muutkin tekijät kuin lääketieteellisesti arvioitu hoidon tarve. Julkisella sektorilla käytössä oleva hoidon tarpeen arviointi voi rajoittaa hoitoon pääsyä liikaa, kun lääkärin vastaanottoajoista on pulaa. Yksityisellä sektorilla tutkimuksia ja hoitoa saatetaan tarjota kevyemmin perustein etenkin yksityisen sairauskuluvakuutuksen omaaville. Valiokunta painottaa, että tutkimuksia ja hoitoa pitäisi tarjota kaikilla sektoreilla yhtenäisin perustein hoitosuositusten mukaisesti ja lääketieteelliseen tarpeeseen perustuen.

Valiokunnan tilaama tutkimus osoittaa edellä mainittujen väestöryhmien välisten erojen lisäksi suuret alueelliset erot eri sektoreiden palveluiden käytössä. Lisäksi myös julkisen perusterveydenhuollon sisällä on eroja hoitoonpääsyssä hyvinvointialueiden välillä. Valiokunta edellyttää, että hallitus seuraa ja arvioi perustason avosairaanhoidon palvelujen alueellista ja väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta sekä toteuttaa tarvittavat toimet hoitoon pääsyn erojen kaventamiseksi. Näiden toimien vaikutuksia alueellisiin hoitojonoihin ja palveluiden saatavuuteen tulee seurata.

Valiokunta painottaa (kuten StVL 2/2026 vp), että kustannusvaikuttavan terveydenhuollon edellytys on toimiva ja riittävästi resursoitu perusterveydenhuolto. Palvelujen heikko saatavuus perustasolla muun muassa ruuhkauttaa päivystyspalvelujen käyttöä, vaikeuttaa kroonisten sairauksien hallintaa ja voi kasvattaa erikoissairaanhoidon kuormitusta ja kustannuksia. Tämän vuoksi valiokunta pitää välttämättömänä vahvistaa perusterveydenhuollon palvelukykyä ja seurata näiden toimien vaikutuksia erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen ja kustannuskehitykseen.

Omalääkärimalli

Palvelujen saatavuus on heikointa julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa, jossa asioivat etenkin pienituloiset ja sairaammat väestöryhmät. Valiokunta toteaa, että yhdenvertaisuuden parantaminen ja heikoimmista huolehtiminen edellyttävät julkisen perusterveydenhuollon vahvistamista. Valiokunta pitää omalääkärimallia keskeisenä keinona parantaa perustason avosairaanhoidon saatavuutta, jatkuvuutta ja yhdenvertaisuutta. Omalääkärimallia voidaan toteuttaa sekä virkalääkäreihin että ammatinharjoittajiin perustuvalla toimintamallilla. Hyvinvointialueet ovat tähän asti edenneet vaihtelevasti mallin käyttöönotossa. Valiokunta yhtyy sosiaali- ja terveysvaliokunnan näkemykseen siitä, että yhdenvertaisuuden turvaamiseksi on tarvetta luoda omalääkäreihin perustuva sekä alueellisesti että väestöryhmittäin kattava toimintamalli (StVL 2/2026 vp). Valiokunta katsoo, että hallituksen tulee kiireellisesti arvioida, millaista normiohjausta ja kehittämistukea tarvitaan omalääkäreihin perustuvan toimintamallin kansalliseksi toteuttamiseksi sekä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi. Julkisesti järjestetyllä perusterveydenhuollolla on vastuu väestön palveluista koko Suomessa, myös harvaan asutuilla alueilla, joilla yksityisen sektorin palveluille ei välttämättä ole riittävän suurta kysyntää.

Työterveyshuolto

Työterveyshuollon osalta valiokunnan tilaama tutkimus osoittaa, että sairaanhoitopalvelujen kattavuuden vaihtelu asettaa työntekijät eriarvoiseen asemaan ja aiheuttaa ongelmia hoidon koordinaation kannalta etenkin paljon palveluja käyttävien osalta. Esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoitoa toteutetaan tällä hetkellä vaihtelevasti, minkä vuoksi sektoreiden välillä on epäselvyyttä oikeasta hoitotahosta. Valiokunta katsoo, että työnantajien vapaaehtoisesti järjestämien työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja julkisen perusterveydenhuollon työnjakoa, yhteistyötä ja tiedonkulkua on tarpeen kehittää hoidon onnistumisen varmistamiseksi ja kustannuksia lisäävien epätarkoituksenmukaisten päällekkäisyyksien välttämiseksi. Valiokunnan mielestä on tarpeen selvittää erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidon osalta, onko kustannussäästöjä mahdollista saavuttaa parantamalla sektoreiden välistä yhteistyötä.

Valiokunta toteaa, että työterveys on tärkeä terveydenhuollon erikoisala, jonka erityisenä tehtävänä on työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäiseminen sekä työn terveellisyyden ja turvallisuuden, työntekijöiden terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ja työyhteisön toiminnan edistäminen. Valiokunta korostaa työterveyshuollon merkitystä ja pitää tärkeänä selkeyttää työterveyshuollon roolia ja ydintehtävää. Lakisääteisen ehkäisevän työterveyshuollon ja vapaaehtoisen työterveyshuollon eli sairaanhoitopalvelujen välinen raja on hämärtynyt eikä aina ole selkeää, kumpaan Kela-korvausluokkaan jokin työterveyshuollon toimenpide kuuluu. Valiokunta katsoo, että työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen sisältöä tulee tarkentaa, korvausperusteita selkeyttää ja kirjaamiskäytäntöjä yhtenäistää. Valiokunta pitää tärkeänä, että työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut tukevat työkykyä ja yhdessä ehkäisevän työterveyshuollon kanssa auttavat vähentämään sairauspoissaoloja. Työterveyshuollon vaikuttavuuden parantaminen edellyttää nykyisen tietopohjan parempaa hyödyntämistä eri toimijoiden kuten THL:n, Kelan ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä. Valiokunta katsoo, että työterveyshuollon käytännöistä ja vaikuttavuudesta tarvitaan tutkimustietoa. Lisäksi valiokunta pitää tärkeänä laajentaa Kelan tiedonsaantioikeutta siten, että sillä olisi oikeus saada

työterveyshuollon palveluntuottajilta työterveyshuoltopalveluita koskevat henkilö- ja potilastiedot sekä työterveyshuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvät kustannus- ja toimintatiedot. Valiokunta yhtyy asiantuntijoiden näkemykseen siitä, että työterveyshuolto on olennainen osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Työterveyshuollon rooli työkyvyttömyyden tai sen pitkittymisen ehkäisyssä on merkittävä, millä taas on positiivisia vaikutuksia työelämään osallistumiseen ja työurien pituuteen.

Valiokunta kiinnittää tässä yhteydessä huomiota siihen, että tällä hetkellä sairaanhoitajat, toisin kuin terveydenhoitajat, eivät ole työterveyshuoltolain mukaisia ammattihenkilöitä. Tämän seurauksena heidän työpanoksensa ei ole Kela-korvattavuuden piirissä, mikä voi osaltaan vahvistaa työterveyshuollon sairaanhoidon toteuttamista lääkäripainotteisesti. Valiokunnan mielestä on tarpeen arvioida, tulisiko työterveyshuollon sairaanhoidon Kela-korvattavuuden piiriin sisällyttää myös sairaanhoitajien työpanos.

Henkilöstöresurssit

Hajautunut palvelujärjestelmä johtaa siihen, että lääkärityövoima ei jakaudu palvelutarpeiden mukaisesti eri sektoreille ja maan eri osiin. Valiokunnan tilaama tutkimus osoittaa suuria eroja ammattilaisten työnjaossa eri sektoreilla. Julkisella sektorilla painottuvat hoitajavastaanotot, kun taas työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa ja yksityisellä sektorilla painottuvat lääkärivastaanotot. Hoitajavastaanottojen korostuminen julkisella sektorilla voi rajoittaa erityisesti monisairaiden ja iäkkäiden pääsyä lääkäripalveluihin. Valiokunta katsoo, että ammattilaisten työpanos on tällä hetkellä jakautunut epätarkoituksenmukaisesti, mikä heikentää palvelujärjestelmän tehokkuutta. Valiokunta pitää tärkeänä kehittää ammattilaisten työnjakoa kaikilla sektoreilla, jotta henkilöstöresurssit ovat mahdollisimman tarkoituksenmukaisessa käytössä palvelutarpeeseen nähden. Samanaikaisesti valiokunta tunnistaa, ettei terveydenhuollon ammattilaisia tule, eikä voikaan pakottaa siirtymään tietyn työnantajan palvelukseen.

Alueellisesti tarkastellen lääkärityövoiman rekrytointi on ollut haasteellisinta itäisten ja pohjoisten hyvinvointialueiden harvaan asutuilla seuduilla. Valiokunnan mielestä Suomessa on syytä kokeilla toimenpiteitä lääkäreiden alueellisen saatavuuden parantamiseksi ottaen oppia kansainvälisistä esimerkeistä. Norjassa on onnistuttu houkuttelemaan lääkäreitä syrjäisemmille seuduille erilaisten kannustimien avulla ja Saksan osavaltioissa on käynnissä kokeiluja, joissa pieni prosenttiosuus lääketieteen opiskelupaikoista kiintiöidään sellaisille opiskelijoille, jotka sitoutuvat työskentelemään valmistumisen jälkeen 10 vuotta alueilla, joilla on pulaa yleislääkäreistä.

Väestön ikääntyessä palvelutarpeet kasvavat. Julkisten varojen ja henkilöstöresurssien rajallisuuden vuoksi valiokunta korostaa sitä, että kasvavaan palvelukysyntään tulee kaikilla sektoreilla vastata ensisijaisesti parantamalla tuottavuutta, kehittämällä ammattilaisten työnjakoa ja karsimalla vähähyötyisiä hoitoja. Tämän lisäksi valiokunta edellyttää, että hallitus selvittää, millaista terveydenhuollon palveluvalikoimaa julkisin varoin on mahdollista ylläpitää.

VALIOKUNNAN PÄÄTÖSEHDOTUS

Tarkastusvaliokunnan päätösehdotus:

Eduskunta hyväksyy yhdeksän lausumaa.

Valiokunnan lausumaehdotukset

1. *Eduskunta edellyttää, että hallitus arvioi terveyspalvelujen alueellista ja väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta sekä toteuttaa tarvittavat toimet hoitoon pääsyn erojen kaventamiseksi. Toimien vaikutuksia alueellisiin hoitojonoihin ja palveluiden saatavuuteen tulee seurata ja seurannasta tulee raportoida eduskunnalle.*

2. *Eduskunta edellyttää, että hallitus vahvistaa perusterveydenhuollon palvelukykyä ja seuraa näiden toimien vaikutuksia erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen ja kustannuskehitykseen.*

3. *Eduskunta edellyttää, että hallitus selvittää, millaista terveydenhuollon palveluvalikoimaa julkisin varoin on mahdollista ylläpitää.*

4. *Eduskunta edellyttää, että hallitus kehittää perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmää kokonaisuutena. Kehittämisessä tulee ottaa huomioon resurssien vaikuttava, tehokas ja oikeudenmukainen kohdentuminen eri sektoreiden välillä.*

5. *Eduskunta edellyttää, että hallitus kehittää perustason avosairaanhoidon tiedonkeruuta ja seurantajärjestelmiä siten, että palvelujärjestelmää on mahdollista arvioida kokonaisuutena. Kehittämisessä tulee täysimääräisesti hyödyntää digitalisaation ja tekoälyn mahdollisuudet.*

6. *Eduskunta edellyttää, että hallitus käynnistää viipymättä selvityksen siitä, millaista normiohjausta ja kehittämistukea tarvitaan omalääkäreihin perustuvan toimintamallin kansalliseksi toteuttamiseksi sekä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi. Hallituksen tulee selvityksen perusteella tehdä tarvittavat lainsäädäntömuutokset.*

7. *Eduskunta edellyttää, että hallitus selvittää lakisääteisen työterveyshuollon ja vapaaehtoisen työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen välisen rajan ja korvausperusteiden selkeyttämistä sekä Kela-korvausten saamiseen vaikuttavien kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämistä. Selvityksen tuloksista tulee raportoida eduskunnalle.*

8. *Eduskunta edellyttää, että hallitus selvittää, tulisiko vapaaehtoisen työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen Kela-korvattavuuden piiriin sisällyttää terveydenhoitajien lisäksi sairaanhoitajien työpanos.*

9. *Eduskunta edellyttää, että hallitus selvittää Suomen olosuhteisiin soveltuvia keinoja lääkäreiden alueellisen saatavuuden parantamiseksi. Hallituksen tulee selvityksen perusteella tehdä tarvittavat toimenpiteet.*

Helsingissä 3.9.2026

Asian ratkaisevaan käsittelyyn valiokunnassa ovat ottaneet osaa

puheenjohtaja Johanna Ojala-Niemelä sd
varapuheenjohtaja Veijo Niemi ps
jäsen Hanna Holopainen vihr
jäsen Tomi Immonen ps
jäsen Janne Jukkola kok
jäsen Teemu Kinnari kok
jäsen Hanna Laine-Nousimaa sd
jäsen Ville Merinen sd
varajäsen Hanna Kosonen kesk

Valiokunnan sihteerinä on toiminut

valiokuntaneuvos Minna Tiili